UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

José Tomás Ossa Acharán

Contribuições da psicopatologia fenomenológica à psicoterapia do transtorno de
personalidade borderline: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico

(versão corrigida)

São Paulo
2019

JOSÉ TOMÁS OSSA ACHARÁN

Contribuições da psicopatologia fenomenológica à psicoterapia do transtorno de personalidade borderline: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico

Versão corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúñez

São Paulo
2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo autor

Ossa Acharán, José Tomás.

Contribuições da psicopatologia fenomenológica à psicoterapia do transtorno de personalidade borderline: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico / José Tomás Ossa Acharán; orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. – São Paulo, 2019.

250 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Psicopatologia fenomenológica. 2. Fenomenologia da vida. 3. Psicoterapia fenomenológica. 4. Estudo de caso. 5. Transtorno de personalidade borderline. Aguirre Antúnez, Andrés Eduardo, orient. II. Título.

Nome: José Tomás Ossa Acharán

Título: Contribuições da psicopatologia fenomenológica à psicoterapia do transtorno de personalidade borderline: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Aos meus pais, Macarena Acharán e Samuel Ossa Dietsch, com os meus mais profundos afetos, dedico este trabalho.

Que me ajudam e me apoiam, nos momentos de maior sofrimento.

Que me presentaram com os valores humanos enraizados em mim, com a liberdade de buscar e errar, de amadurecer como pessoa até sintonizar com o chamado pela vocação clínica.

Com amor, do seu filho rebelde.

EXPRESSO MEUS AGRADECIMENTOS

As mulheres que fizeram parte da pesquisa, que se voluntariaram a participar como minhas pacientes. Elas, que tanto me ensinaram sobre a vida, que me presentearam com as suas vivências, com o seu carinho, seu sofrimento e sua alegria. Por me permitir acompanhá-las durante esta linda jornada, conhecer a sua força e coragem, por compartilhar as suas experiências mais íntimas no encontro terapêutico.

Ao meu orientador e amigo Professor Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, quem acreditou no meu projeto, quem me abriu tantas portas profissionais, quem confiou nas minhas capacidades e me ensinou tanto sobre o mundo acadêmico.

A Claudia Rocha da secretaria do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, quem sempre foi muito atenciosa e prestativa comigo, me ajudando em tudo o que eu precisei.

Ao Professor Francisco Lotufo Neto, quem me abriu as portas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas para a realização da minha pesquisa, quem confiou nas minhas qualidades clínicas, para cuidar das suas pacientes. Também me ajudou no extenso e cuidadoso processo para aprovação de pesquisas do IPq.

Ao Professor Gilberto Safra, quem me deu a oportunidade de realizar o Estágio Supervisionado em Docência, na sua disciplina Atendimento Clínico III: Psicoterapias e/ou Psicanálise. Levarei sempre comigo o profundo aprendizado de cada encontro da sua supervisão.

A minha companheira, confidente e protegida, Gabriela Rodrigues, quem tem me ensinado o desafio de amar, a acreditar em mim e a enxergar os meus intermináveis defeitos, para continuar aprendendo a ser uma pessoa melhor.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e ao Departamento de Pós-Graduação de Psicologia Clínica, pela oportunidade da realização desta pesquisa.

E, para finalizar, agradeço a CAPES pelo apoio recebido na bolsa de doutorado. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Vamos nos limitar, no entanto, ao que é meramente dado na experiência teórica, excluir todos os valores e todos os objetos práticos: um resultado importante de nossas considerações é que a ‘natureza’ e o corpo - e também o entrelaçamento com ele a alma - são constituídos em relação recíproca com o outro, juntos um com o outro.”.

(Husserl, 1952/2014, p. 125)

RESUMO

Ossa Acharán, J. T. (2019). *Contribuições da psicopatologia fenomenológica à psicoterapia do transtorno de personalidade borderline: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esta pesquisa teve por objetivo realizar três estudos de casos e analisar as mudanças nas participantes durante o processo psicoterápico de pacientes com transtornos de personalidade borderline ao longo de um ano de tratamento, baseado nas contribuições da clínica desenvolvida pelo modelo da psicopatologia fenomenológica de Ludwig Binswanger e Bruno Callieri, somando a operacionalização da fenomenologia da vida de Michel Henry no tratamento clínico psicoterápico. A escolha de pacientes com transtorno de personalidade borderline se deve às dificuldades relacionais que eles apresentam, implicando no alto índice de abandono do tratamento clínico, de comportamentos autoagressivos e de suicídio. **Método:** Foi utilizado o método qualitativo de pesquisa, através do estudo de caso de três pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline, sendo atendidos no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da São Paulo (IPq-HCFMUSP). **Instrumentos:** Foi utilizado um diário clínico com as anotações da experiência intersubjetiva do pesquisador para avaliar o processo psicoterápico e as mudanças que ocorreram durante as sessões de psicoterapia. Também foi utilizada a *Escala de Avaliação de Resultado* (Outcome Questionnaire) – OQ 45.2 como complemento da avaliação das mudanças durante o tratamento psicoterápico; **Procedimento:** foi aplicado o Questionário OQ 45.2 e iniciou-se a psicoterapia, com encontros de uma hora, uma vez por semana, durante um ano, com cada participante. O questionário foi reaplicado após seis meses e, novamente, após um ano de psicoterapia. As anotações de cada sessão foram analisadas por meio do método fenomenológico de pesquisa em psicologia operacionalizado à clínica. **Discussão:** referente à hipótese levantada, de que a clínica desenvolvida pelo modelo da psicopatologia fenomenológico baseada em Binswanger e Callieri, somando a operacionalização da fenomenologia da vida de Michel Henry no tratamento clínico psicoterápico, poderia impactar positivamente pacientes com transtorno de personalidade borderline, consideramos que foi alcançada com sucesso. Chegamos a essa verificação positiva da nossa hipótese, devido a que todas as participantes obtiveram mudanças significativamente positivas em todas as categorias avaliadas ao longo de um ano de tratamento psicoterápico baseado nos conceitos de biografia interior, intuição fenomenológica, ser-um-com-o-outro, clínica da interpessoalidade, antropologia do encontro e a intersubjetividade mundana do corpo, junto com os conceitos de pathos, corpo encarnado e corpopropriação. Esta constatação se deve a avaliação dos dados obtidos através de duas fontes: primeiro, pelos resultados das pontuações da Escala de Avaliação de Resultado (*Outcome Questionnaire*) OQ.45.2; e, segundo, pela análise fenomenológico do processo psicoterápico feito em cada uma das participantes. Nosso terceiro objetivo geral foi o de descrever os fenômenos invariáveis que se apresentaram em todas as participantes, sendo constatado a existência de alguns destes fenômenos: 1 - dificuldades em se relacionar com os outros; 2 - intensidade afetiva; 3 - histórico de abusos por parte dos outros; e 4 - capacidade de transformação. Para finalizar, propomos, como orientação para futuras investigações a necessidade de mais pesquisas que promovam a conscientização e o reconhecimento sobre o impacto positivo do tratamento psicoterápico de orientação fenomenológica nos transtornos de personalidade borderline.

Palavras-chave: Psicopatologia fenomenológica. Fenomenologia da vida. Psicoterapia fenomenológica. Estudo de caso. Transtorno de personalidade borderline.

ABSTRACT

Ossa Acharán, J. T. (2019). *Contributions of phenomenological psychopathology to borderline personality disorder psychotherapy: scope and limits of a clinical-phenomenological study*. Thesis (Doctorate) – Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo.

This research aimed to conduct three case studies and analyze changes in participants during the psychotherapeutic process of patients with borderline personality disorders over one year of treatment, based on the contributions of the clinic developed by the model of phenomenological psychopathology of Ludwig Binswanger and Bruno Callieri, adding the operationalization of the phenomenology of life of Michel Henry in the clinical psychotherapeutic treatment. The choice of patients with borderline personality disorder is due to the relational difficulties they present, resulting in a high rate of clinical treatment abandonment, self-harm behaviors and suicide. **Method:** The qualitative research method was used, through the case study of three patients diagnosed with borderline personality disorder, being seen at the Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, Medical School, University of São Paulo (IPq-HCFMUSP). **Instruments:** A clinical diary with notes from the researcher's intersubjective experience was used to assess the psychotherapeutic process and the changes that occurred during the psychotherapy sessions. The Outcome Questionnaire - OQ 45.2 was also used as a complement to the assessment of changes during psychotherapeutic treatment; **Procedure:** Questionnaire OQ 45.2 was applied and psychotherapy was started with one-hour meetings once a week for one year with each participant. The questionnaire was reapplied after six months and again after one year of psychotherapy. The annotations of each session were analyzed through the phenomenological method of research in psychology operationalized to the clinic. **Discussion:** Regarding the hypothesis raised, that the clinic developed by the model of phenomenological psychopathology based on Binswanger and Callieri, adding the operationalization of Michel Henry's phenomenology of life in the clinical psychotherapeutic treatment, could positively impact patients with borderline personality disorder, we consider that was successfully achieved. We came to this positive verification of our hypothesis, because all participants had significantly positive transformations in all categories assessed over the course of one year of psychotherapeutic treatment based on the concepts of inner biography, phenomenological intuition, being-with-one-another, interpersonal clinic, encounter anthropology, and the mundane intersubjectivity of the body, along with the concepts of pathos, incarnate body, and body-appropriation. This finding is due to the evaluation of the data obtained from two sources: first, by the results of the Outcome Questionnaire OQ.45.2; and, second, by the phenomenological analysis of the psychotherapeutic process done in each of the participants. Our third general objective was to describe the invariant phenomena that were present in all participants, being verified the existence of some of these phenomena: 1 - difficulties in relating with others; 2 - affective intensity; 3 - history of abuse by others; and 4 - transformation capacity. Finally, we propose, as a guide for future investigations, the need for further research that promotes awareness and recognition of the positive impact of phenomenological psychotherapy treatment on borderline personality disorders.

Keywords: Phenomenological psychopathology. Phenomenology of life. Phenomenological psychotherapy. Case study. Borderline personality disorder.

RESUMEN

Ossa Acharán, J. T. (2019). *Contribuciones de la psicopatología fenomenológica a la psicoterapia del trastorno límite de la personalidad: alcance y límites de un estudio clínico-fenomenológico*. (Tesis de doctorado). Instituto de Psicología, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo.

Esta investigación tuvo como objetivo realizar tres estudios de caso y analizar los cambios en las participantes durante el proceso psicoterapéutico de pacientes con trastornos límite de la personalidad durante un año de tratamiento, con base en las contribuciones de la clínica desarrollada por el modelo de psicopatología fenomenológica de Ludwig Binswanger e Bruno Callieri, agregando la operacionalización de la fenomenología de la vida de Michel Henry en el tratamiento psicoterapéutico clínico. La elección de los pacientes con trastorno límite de la personalidad se debe a las dificultades relacionales que presentan, lo que resulta en una alta tasa de abandono del tratamiento clínico, conductas de autolesión y suicidio. **Método:** Se utilizó el método de investigación cualitativa, a través del estudio de caso de tres pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, atendidos en el Instituto de Psiquiatría del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (IPq-HCFMUSP). **Instrumentos:** Se utilizó un diario clínico con notas de la experiencia intersubjetiva del investigador para evaluar el proceso psicoterapéutico y los cambios que ocurrieron durante las sesiones de psicoterapia. También se utilizó la *Escala de Resultados* (Outcome Questionnaire) - OQ 45.2 como complemento a la evaluación de los cambios durante el tratamiento psicoterapéutico; **Procedimiento:** se aplicó el cuestionario OQ 45.2 y se inició la psicoterapia con reuniones de una hora una vez por semana durante un año con cada participante. El cuestionario se volvió a aplicar después de seis meses y nuevamente después de un año de psicoterapia. Las anotaciones de cada sesión se analizaron a través del método fenomenológico de investigación en psicología operacionalizado en la clínica. **Discusión:** con respecto a la hipótesis planteada, que la clínica desarrollada por el modelo de psicopatología fenomenológica basada en Binswanger y Callieri, agregando la operacionalización de la fenomenología de la vida de Michel Henry en el tratamiento psicoterapéutico clínico, podría impactar positivamente a los pacientes con trastorno límite de la personalidad, consideramos que se logró con éxito. Llegamos a esta verificación positiva de nuestra hipótesis, porque todas las participantes tuvieron transformaciones significativamente positivas en todas las categorías evaluadas a lo largo de un año de tratamiento psicoterapéutico basado en los conceptos de biografía interna, intuición fenomenológica, ser-un-con-el-otro, clínica interpersonal, encuentro antropológico y la intersubjetividad mundana del cuerpo, junto con los conceptos de pathos, cuerpo encarnado y cuerpo-apropiación. Este hallazgo se debe a la evaluación de los datos obtenidos de dos fuentes: primero, por los resultados del cuestionario de resultados OQ.45.2; y, segundo, por el análisis fenomenológico del proceso psicoterapéutico realizado en cada uno de los participantes. Nuestro tercer objetivo general fue describir los fenómenos invariantes que estaban presentes en todas las participantes, donde encontramos la existencia de algunos de estos fenómenos: 1 - dificultades para relacionarse con otros; 2 - intensidad afectiva; 3 - historia de abuso por parte de otros; y 4 - capacidad de transformación. Finalmente, proponemos, como guía para futuras investigaciones, la necesidad de más investigación que promueva la conciencia y el reconocimiento del impacto positivo del tratamiento de psicoterapia fenomenológica en los trastornos límite de la personalidad.

Palabras clave: Psicopatología fenomenológica. Fenomenología de la vida. Psicoterapia fenomenológica. Estudio de caso. Trastorno límite de la personalidad.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Percorso pessoal	18
1.2	Justificativa	20
1.3	Contexto da Pesquisa	21
1.4	Objetivo	22
2.	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE.....	23
2.1	Características do diagnóstico	23
2.1.1	<i>Transtorno de personalidade borderline: o paciente difícil.....</i>	<i>24</i>
2.2	Tratamento psicoterápico com pacientes TPB.....	26
2.2.1	<i>Dificuldade de adesão ao tratamento clínico.....</i>	<i>27</i>
2.2.2	<i>Dificuldades para o clínico.....</i>	<i>28</i>
2.2.3	<i>Eficácia nos tratamentos clínicos do paciente com TPB.....</i>	<i>29</i>
2.3	A psicopatologia fenomenológica do TPB.....	30
2.3.1	<i>Identidade narrativa.....</i>	<i>30</i>
2.3.1.1	<i>Impulsividade e incapacidade de conter e regular os estados emocionais.....</i>	<i>31</i>
2.3.1.2	<i>Divisão.....</i>	<i>32</i>
2.3.1.3	<i>Identidade Fragmentada.....</i>	<i>32</i>
2.3.1.4	<i>Intersubjetividade.....</i>	<i>33</i>
2.3.2	<i>A culpa.....</i>	<i>35</i>
2.4	<i>Em suma.....</i>	<i>36</i>
3.	A ANTROPOLOGIA FENOMENOLÓGICA DE BINSWANGER.....	39
3.1	Psicopatologia fenomenológica de Binswanger.....	41
3.1.1	<i>A espacialidade e temporalidade na psicopatologia fenomenológica.....</i>	<i>43</i>
3.1.2	<i>Questão do corpo na psicopatologia fenomenológica.....</i>	<i>45</i>
3.1.3	<i>O sintoma na psicopatologia fenomenológica.....</i>	<i>45</i>
3.2	Psicoterapia de Binswanger: Daseinsanálise.....	47
3.2.1	<i>Processo psicoterapêutico: ser-um-com-o-outro.....</i>	<i>48</i>
3.2.2	<i>A intuição fenomenológica.....</i>	<i>49</i>
3.2.3	<i>Biografia interior.....</i>	<i>50</i>

3.3	Conceito de amor e amizade na fenomenologia de Binswanger.....	51
4.	A FENOMENOLOGIA DO ENCONTRO DE CALLIERI.....	53
4.1	Psicopatologia Antropo-fenomenologica.....	55
4.2	Clínica da interpessoalidade.....	57
4.2.1	<i>A esfera da inter-relação.....</i>	<i>57</i>
4.2.2	<i>O Lebenswelt na clínica.....</i>	<i>58</i>
4.2.3	<i>A antropologia do encontro.....</i>	<i>59</i>
4.3	A corporeidade na clínica interpessoal.....	59
4.3.1	<i>Intersubjetividade mundana do corpo.....</i>	<i>60</i>
4.3.2	<i>A palavra.....</i>	<i>61</i>
4.4	O amor.....	62
4.5	A esperança.....	63
5.	FENOMENOLOGIA DA VIDA DE MICHEL HENRY.....	65
5.1	Conceitos da Fenomenologia da Vida pertinentes à clínica.....	67
5.1.1	<i>Pathos e corpo encarnado.....</i>	<i>67</i>
5.1.2	<i>Corpopropriação.....</i>	<i>70</i>
5.2	Operacionalidade da clínica através da fenomenologia da vida.....	72
6.	MÉTODO.....	77
6.1	Objetivos.....	77
6.1.1	<i>Objetivos gerais.....</i>	<i>77</i>
6.1.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>77</i>
6.2	Aplicação do Método.....	78
6.2.1	<i>Amostra.....</i>	<i>78</i>
6.2.2	<i>Critérios de inclusão e exclusão.....</i>	<i>78</i>
6.2.3	<i>Instrumento.....</i>	<i>78</i>
6.2.4	<i>Procedimento.....</i>	<i>79</i>
6.2.5	<i>Descrição da Psicoterapia.....</i>	<i>80</i>
6.3	Aspectos éticos.....	80
6.4	Método fenomenológico de pesquisa qualitativa.....	81
6.4.1	<i>Forma de análise dos resultados.....</i>	<i>82</i>
6.5	Revisão de literatura.....	82

7.	RESULTADOS.....	85
7.1	Aplicação da Escala OQ-45.2.....	85
7.1.1	<i>Participante Dália.....</i>	86
7.1.2	<i>Participante Gardênia.....</i>	87
7.1.3	<i>Participante Iris.....</i>	87
7.2	Anotações das sessões de psicoterapia.....	88
7.2.1	<i>Paciente Dália.....</i>	88
7.2.2	<i>Paciente Gardênia.....</i>	119
7.2.3	<i>Paciente Iris.....</i>	143
8.	DISCUSSÃO.....	171
8.1.	Análise fenomenológica do processo psicoterápico.....	171
8.1.1	<i>Estudo de caso – Dália.....</i>	172
8.1.1.1	<i>Início da psicoterapia de Dália (07/06/18 até 28/09/18).....</i>	172
8.1.1.2	<i>Segundo momento da psicoterapia (11/10/18 até 21/03/19).....</i>	177
8.1.1.3	<i>Terceiro momento da psicoterapia (17/01/19 até 30/05/19).....</i>	183
8.1.2	<i>Estudo de caso – Gardênia.....</i>	186
8.1.2.1	<i>Início da psicoterapia de Gardênia (14/06/18 até 29/10/18).....</i>	186
8.1.2.2	<i>Segundo momento da psicoterapia (27/11/2018 até 14/03/19).....</i>	196
8.1.2.3	<i>Terceiro momento da psicoterapia (28/03/19 até 06/06/19).....</i>	190
8.1.3	<i>Estudo de caso – Iris.....</i>	202
8.1.3.1	<i>Início da psicoterapia de Iris (09/08/18 até 28/11/18).....</i>	202
8.1.3.2	<i>Segundo momento da psicoterapia (16/01/19 até 10/04/19).....</i>	208
8.1.3.3	<i>Terceiro momento da psicoterapia (17/04/19 ao 31/07/19).....</i>	212
8.2	Resultados da Escala OQ.45-2.....	217
8.2.1	<i>Análise da pontuação da Escala OQ.45.2 em Dália.....</i>	218
8.2.2	<i>Análise da pontuação da Escala OQ.45.2 em Gardênia.....</i>	219
8.2.3	<i>Análise da pontuação da Escala OQ.45.2 em Iris.....</i>	220
8.3	Fenômenos invariáveis no TPB.....	222
8.3.1	<i>Dificuldades em se relacionar com os outros.....</i>	222
8.3.2	<i>Intensidade afetiva.....</i>	224
8.3.3	<i>Histórico de abusos por parte de outros.....</i>	226
8.3.4	<i>Capacidade de Transformação.....</i>	227
8.4	Limitações e considerações finais.....	229

REFERÊNCIAS.....	231
-------------------------	------------

ANEXOS.....	241
--------------------	------------

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	241
Anexo B – Aprovação da Pesquisa pela Diretoria Executiva – IPq.....	244
Anexo C – Parecer Comitê de Ética – CEP.....	245
Anexo D – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos – Plataforma Brasil – Ministério da Saúde – CONEP.....	248
Anexo E – OQ.45.2_Brasil.....	249

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, inserida em uma visão sobre o ser humano com base na fenomenologia, visa a aprofundar a compreensão a respeito do tratamento psicoterápico em pacientes com transtorno de personalidade borderline. Tomaremos como principais referências as contribuições literárias dos psiquiatras Ludwig Binswanger e Bruno Callieri, bem como do filósofo Michel Henry, fazendo uma leitura sobre a operacionalização no tratamento clínico. Pretendemos realizar três estudos de casos e analisar os dados que surgem durante um processo psicoterapêutico, aplicando o método fenomenológico de pesquisa.

Para compreender a visão do transtorno psíquico, que direcionará a forma como será feito o tratamento clínico, exploramos a psicopatologia fenomenológica, profundamente trabalhada pelos dois psiquiatras anteriormente mencionados. A fundamentação da prática clínica fenomenológica, segundo as palavras de Binswanger (2001):

A palavra psicoterapia é uma expressão técnica (*Kunstaussdruck*). Como qualquer neologismo científico, sua criação e seu sentido são decorrentes de uma escolha, abstratamente feita, de objetivos bem precisos (aqui de objetivos relativos ao conhecimento e aos resultados da psiquiatria clínica), referindo-se a uma certa esfera do ser. A esfera em questão é a do ser em uma intersubjetividade, em uma relação justa com o semelhante, ou a do ser com o mundo comunitário (*Mitwelt*). Em todas as formas de psicoterapia médica, dois humanos ficam face a face, dois humanos, de um modo ou de outro, “relacionam-se um com o outro em uma recíproca dependência”, dois homens, de um modo ou de outro, “explicam-se um ao outro”. (p. 144)¹

Dessa maneira, pretendemos nos aproximar de uma visão antropológica da psicopatologia, o que implica a compreensão das modalidades existenciais dos pacientes, no intuito de elucidar os sentidos dos seus sintomas. Nessa perspectiva, o transtorno mental é um fenômeno biográfico, passível de interpretação “fenomenológico-antropológica” (Binswanger, 1956/1977). Procuraremos entender a psicopatologia enquanto fenômeno de manifestação humana, representativa dos modos de ser de cada paciente. Como refere Holanda (2001), acreditamos que a psicopatologia transcende as relações conceituais, tornando-se um modo de apreensão do humano.

Em sintonia com essa abordagem, este estudo utilizará a metodologia fenomenológica de pesquisa, para trabalhar as vivências do pesquisador durante os atendimentos clínicos aos pacientes que fazem parte deste trabalho. A coleta de dados teve duração de um ano de tratamento psicoterapêutico com três pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline. Pensando questões sobre os fenômenos que surgem em cada um dos pacientes,

¹ Todas as citações em idioma diferente do português foram traduzidas pelo autor principal da pesquisa.

observando como a pessoa percebe o mundo, nas suas diferentes esferas perceptivas e corpóreas, assim como no campo da relação que é estabelecida entre paciente e clínico. A intenção é estudar as mudanças e transformações que irão acontecer durante o tratamento.

1.1 Percurso pessoal

Meu interesse pela fenomenologia remete ao ano de 2008, quando me encontrava na graduação em Psicologia, no ISPA-Instituto Universitário (ISPA), em Lisboa, Portugal. Naquele momento da minha vida, tive a oportunidade de direcionar os meus estudos dentro dessa área da psicologia e filosofia. Lembro de ter-me fascinado pela fenomenologia e pelas filosofias da existência devido à aproximação compreensiva e humana do sofrimento psicopatológico, mas também pela sua profundidade e respeito em relação à experiência de vida singular de cada pessoa. Logo, em 2010, tive a oportunidade de iniciar o Mestrado em Psicologia Clínica, também no ISPA, onde realizei a dissertação de mestrado sobre “Emoções em contexto psicoterapêutico”², um estudo feito no âmbito de pesquisa em psicologia fenomenológica. Ao mesmo tempo, realizei estágio prático no serviço de psicologia da Fundação Jerónimo Usera (AJU), em Cascais, Portugal, tendo supervisão clínica contínua dentro da instituição, no modelo da psicologia fenomenológica existencial. Depois de ter realizado oito meses de estágio, permaneci como psicólogo clínico voluntário por mais um ano, até o fim de dezembro de 2012, momento em que voltei ao Brasil.

Em paralelo ao mestrado, em janeiro de 2011, dei início ao curso de Psicoterapia Fenomenológica Existencial, realizado pela Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial (SPPE), em Lisboa, no qual recebi orientação e supervisão na área da psicoterapia fenomenológica existencial, tendo de realizar uma série de módulos teóricos e práticos dentro das áreas da fenomenologia, psicopatologia fenomenológica, filosofias da existência e psicologia fenomenológica, entre outras. Em 2013, no Rio de Janeiro, iniciei o curso de Psicologia Fenomenológica pelo Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial (IFEN), podendo dar continuidade aos estudos nas áreas da psicologia clínica, fenomenologia e existencialismo.

Em outubro de 2012, tive a oportunidade de participar do “1º Congresso Luso-Brasileiro de Práticas Clínicas Fenomenológico-Existenciais”, organizado pelo IFEN e realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), apresentando um trabalho intitulado

² A defesa pública da dissertação de Mestrado “Emoções em contexto psicoterapêutico”, orientada pelo professor Daniel Sousa, foi realizada em outubro de 2012 no Instituto Universitário (ISPA), em Lisboa.

“Emoções em contexto da psicoterapia fenomenológica existencial” (Ossa Acharán & Sousa, 2014). Nesse congresso, tive o prazer de conhecer o professor Andrés Antúnez, que igualmente participou representando a Universidade de São Paulo (USP). Fiquei muito interessado no trabalho acadêmico do prof. Andrés, bem como na sua visão humana do tratamento clínico, mas, sobretudo, fiquei gratamente surpreso com o seu trato humilde e próximo com todas as pessoas. Tudo isso fez com que eu me aproximasse tanto do seu trabalho acadêmico como da instituição que ele representa, a USP. Após um longo trajeto de revalidação dos meus títulos acadêmicos provenientes de Portugal, período que durou entre 2013 até final de 2015, iniciei o doutorado na USP em fevereiro de 2016, tendo como orientador o professor Andrés Antúnez.

Foi através dessa trajetória que tive a oportunidade de experienciar diversas situações junto de pacientes que vinham ao serviço de psicologia por diferentes situações e carregavam diversos diagnósticos psiquiátricos. Observei que, em muitos casos, as pessoas estavam resignadas e desesperançadas da possibilidade de mudança e transformação sobre a condição e sofrimento que elas tinham, devido a um diagnóstico psiquiátrico fechado e crônico. Para poder ajudar essas pessoas, foi necessário fazer um trabalho de desconstrução sobre um saber biológico e naturalista, que levou estas pessoas a uma maior incapacitação e isolamento. Sobre isso, Binswanger (1961/1973) escreve:

Eu abrigo a convicção de que devemos nos manter livres, na medida do possível, de uma concepção “objetificadora” e permanecer na esfera da vivência corpórea. A “objetivação” leva em seguida à teorização e à tendência de uma ponte sobre a posição do físico e psíquico, enquanto nós [fenomenólogos], pelo contrário, desejamos escavar um túnel por baixo dessa oposição, o qual somente é possível enquanto permaneçamos no território puramente fenomênico, ou seja, dentro da esfera da vivência e do significado; em outras palavras, da existência . . . , e não em aquilo que lhes tem ensinado a fisiologia, que faz da corporeidade um puro complexo funcional biológico objetivo. (p. 127-128)

Observei como a visão biomédica dos transtornos psíquicos tinha uma função muito mais importante para o médico que diagnosticou o transtorno, justificando-se sobre tratamentos meramente medicamentosos, do que propriamente um prognóstico de tratamento que iria ajudar à pessoa a transformar-se. Assim, surgiu a ideia da realização desta pesquisa com a intenção de resgatar o saber da psicopatologia fenomenológica e da fenomenologia da vida, uma vez que é captada a pessoa dentro do seu contexto histórico e situacional, onde o transtorno psíquico tem uma função, significado e sentido único em cada pessoa. Nessa visão, a pessoa que sofre do transtorno está passando por uma situação em que a esperança da transformação e da mudança sempre é possível enquanto existir a oportunidade de estabelecer uma autêntica e verdadeira relação. Com relação a isso, Binswanger (1961/1973) escreve:

A possibilidade da psicoterapia não descansa, pois, em mistério ou segredo algum, como vocês têm ouvido, nem sequer em algo novo nem extraordinário, senão em um rasgo fundamental da estrutura do homem como o *ser-no-mundo*, e precisamente o *ser-com-outro-e-para-outro*. Enquanto esse rasgo fundamental da estrutura do homem se conserve, a psicoterapia será possível. (p. 119)

1.2 Justificativa

Decidimos pelo acompanhamento de pacientes com transtorno de personalidade borderline, que na literatura é referido como um paciente de difícil adesão ao tratamento e porque, em muitos casos, acaba abandonando o tratamento psicoterapêutico ou psiquiátrico antes mesmo de começar a ter algum tipo de ganho significativo em sua vida (Richardson-Vejlgaard, Broudy, Brodsky, Fertuck, & Stanley, 2013; Peres, 2009; Callieri, 2007; Vaz Tanesi, Yazigi, de Mattos Fiore, & do Nascimento Pitta, 2007; Stone, 2006; Ben-Porath, 2004; Diaz Curiel, 2001; Gunderson et al., 1989; Kernberg, 1975).

Ben-Porath (2004) refere que pacientes “borderline” são particularmente difíceis em decorrência de seu funcionamento psíquico, em especial quando este é associado a diversos sintomas, como afeto instável, depressão, ansiedade severa, impulsividade, abuso de substâncias, tentativas de suicídio e agressividade. Segundo Richardson-Vejlgaard et al. (2013), esses indivíduos geralmente apresentam essas e outras dificuldades no desenvolvimento e na manutenção dos seus relacionamentos, sobretudo devido à sua psicopatologia e, por conseguinte, se mantêm menos nos tratamentos. Peres (2009) explica que o principal desafio a ser superado na psicoterapia desses pacientes é o desenvolvimento de respostas adequadas às perturbadoras emoções desencadeadas precocemente.

Binswanger (2001) indica que a principal limitação de diversos tipos de tratamentos psicoterápicos depara-se principalmente na disponibilidade do clínico perante o seu paciente, além de uma teoria que sustenta a limitação dessa disponibilidade:

A teoria psicanalítica, sabe-se, intimidade em relação ao mecanismo e, portanto, em relação à repetição (mecânica), fica curiosamente cega a propósito da categoria do fato novo, e, conseqüentemente, a propósito do elemento propriamente criativo na vida da alma. Imputar a culpa do fracasso apenas ao doente nem sempre corresponde aos fatos; nós, médicos, deveríamos, sim, nos perguntar se o erro não repousa, às vezes, sobre nós. Não queremos naturalmente fazer alusão, aqui, a um erro no plano técnico, mas a um erro bem mais profundo: a incapacidade de despertar ou ativar no doente “a chama divina”, que não pode ser despertada ou atizada senão em uma comunicação autêntica de existência para existência e cuja clareza e calor são os únicos, no fundo, capazes de libertar o ser do isolamento cego. (p. 153)

Dessa maneira, observamos que, com a aproximação de uma relação autêntica entre clínico e paciente, desenvolvida pelo trabalho clínico tanto de Binswanger como de Callieri,

podemos encontrar um tratamento que responda às necessidades dos pacientes com distúrbio de personalidade borderline. Segundo Ales Bello, Ballerini, Borgna e Calvi (2008), a *fenomenologia do encontro* de Callieri visa à aproximação na relação terapêutica com base na compreensão do sofrimento do paciente, entendendo-se como forma de trabalhar a interpessoalidade de cada encontro terapêutico. Compreendemos que esse tipo de tratamento possibilita a obtenção de resultados significativamente positivos numa população que, além do seu elevado índice de autoagressão e tentativas de suicídio, geralmente acaba abandonando os tratamentos psíquicos, devido também às dificuldades relacionais que essas pessoas apresentam. Através da operacionalização do saber clínico, encontrado nas obras de Binswanger e Callieri, realizamos os tratamentos dos pacientes que participarão desta pesquisa.

1.3 Contexto da Pesquisa

No Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HCFMUSP), foram realizados os tratamentos psicoterápicos em três pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline. Nesta pesquisa foi avaliado o período do primeiro ano de tratamento clínico, com encontros semanais de uma hora. A minha intenção, como pesquisador, foi a descrição do processo de transformação e mudança que ocorreu durante esse período, mudanças que também foram experienciadas no campo da interpessoalidade. Por essa razão, foram tomadas notas dos momentos mais significativos de cada sessão, através de um diário de campo. Por outra parte, consideramos importante aplicar um instrumento para avaliar as mudanças durante a psicoterapia: a *Escala de Avaliação de Resultado (Outcome Questionnaire – OQ 45.2)*, no início, meio e fim do tratamento, para, assim, adquirir dados mensuráveis sobre a situação em que a pessoa se encontrava ao iniciar o tratamento e observar onde ocorreram as mudanças durante o tratamento.

Com todo esse material proveniente das vivências do pesquisador e dos resultados da *Escala de Avaliação de Resultado (Outcome Questionnaire – OQ 45.2)*, foi realizada a análise com base na observação da metodologia fenomenológica de pesquisa qualitativa. A ideia foi a de explorar os resultados dentro dos campos da corporeidade, do sentido de mundo do paciente e da interpessoalidade que é criada entre paciente e clínico. Assim, o objeto de pesquisa foi a de explorar a composição do paciente, o pesquisador e, acima de tudo, o *entre* ou a *interpessoalidade* vivenciada em cada encontro psicoterapêutico.

1.4 Objetivos

Entendemos como pertinente a realização desta pesquisa que visou à exploração do processo de mudanças durante o tratamento de pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline e, dessa forma, a observação sobre os benefícios e limites que surgiram com a operacionalização da psicoterapia baseada nas contribuições da psicopatologia fenomenológica e da fenomenologia da vida.

Os nossos objetivos se enquadraram em podermos observar, descrever e refletir sobre como surge o processo de mudança durante a psicoterapia em pacientes com esse transtorno. Também tivemos como intuito descrever os fenômenos comuns que se manifestam nos pacientes que fazem parte da pesquisa, buscando a descrição de características essenciais do transtorno de personalidade borderline, considerando as devidas limitações sobre uma amostra de três indivíduos. Nesse sentido, foi explorado o campo interpessoal que se desenvolve através do laço relacional entre paciente e psicoterapeuta. Referente a isso, Callieri (2007) escreve:

É neste âmbito coexistente que a psicopatologia, entendida como dialética, de fato, encontra o seu posicionamento pleno como protagonista para qualquer prática clínica psiquiátrica, nos seus aspectos constitutivos e nos momentos constituintes: o *eu penso* deveria dar espaço ao *nós existimos* . . . este *nós existimos* me revela o *outro* não meramente como um objeto, mas como uma existência, ou seja, como fonte não só de significado, mas, sobretudo, de sentido. (p. 55)

2. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Iniciaremos a revisão da literatura abordando o transtorno de personalidade borderline (TPB), fazendo um decurso sobre os principais aspectos que caracterizam esse transtorno psicopatológico. Primeiramente, é importante descrever como surgiu historicamente o transtorno e também os principais psiquiatras, psicólogos e psicanalistas que realizam pesquisas sobre indivíduos com TPB. Na parte final do capítulo, será feita uma exploração sobre a literatura relacionada à psicopatologia fenomenológica desse transtorno.

O TPB foi descrito por primeira vez por Stern (1938), referindo-se àqueles pacientes que apresentam manifestações clínicas intermediárias entre as neuroses e as psicoses. Somente a partir da década de 1960 surgiram as primeiras tentativas rigorosas para caracterizar o TPB como um transtorno específico de personalidade, estável e crônico, com uma organização definida, um conjunto de sintomas específicos, uma organização do *Eu* e de mecanismos de defesas que o diferenciam com clareza dos transtornos neuróticos ou psicóticos, seguindo a teoria psicanalítica (Diaz Curiel, 2001).

De maneira introdutória, na atualidade, o TPB é definido pela caracterização de Grinker, Werble e Drye (1968), que constituíram quatro subgrupos dentro do TPB, desde o tipo I (no limite da psicose) até o tipo IV (similar as neuroses). Além desses autores, outras pesquisas também são amplamente reconhecidas no âmbito científico:

- Gunderson e Singer (1975) estabeleceram seis categorias de sintomas específicos para o TPB;
- o psicanalista Kernberg (1975) definiu o TPB como uma organização patológica específica, estável e crônica, não sendo um estado transitório que flutua entre a neurose e a psicose, mas, sim, a patologia do *Eu*.

2.1 Características do diagnóstico

A visão da psiquiatria através da psicopatologia segue o modelo médico baseia-se em fundamentos empíricos. Observação, descrição e categorização de doenças que compartilham sinais e sintomas permitem a formulação de diagnósticos, que, por sua vez, ajudam no reconhecimento da causa de uma determinada patologia, na previsão da sua evolução e no planejamento terapêutico. A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é uma referência mundial que estabelece os parâmetros do diagnóstico dos transtornos mentais. O DSM-5, em sua quinta versão (American Psychiatric Association, 2014),

apesar de muitas limitações, permite obter informações importantes sobre os indivíduos diagnosticados, inferindo comportamentos semelhantes entre pacientes com o mesmo transtorno. Além disso, viabiliza a comunicação entre profissionais, entregando uma padronização e facilitando o diagnóstico entre diferentes áreas (Araújo & Neto, 2014).

As terapêuticas derivadas dessa forma de diagnosticar os transtornos de personalidade mostram parte importante da complexidade da doença. Nesta pesquisa, procuramos dar o valor necessário aos aspectos da história de vida da pessoa e de sua experiência vivida, que são pouco explorados no DSM-5, mas, como já foi referido anteriormente, fundamentais na compreensão da psicopatologia fenomenológica. Dessa forma, não nos atemos às limitações do diagnóstico biomédico que encontramos no DSM-5. A nossa intenção foi a de observar como os pacientes reagiram à psicoterapia fundamentada pelas contribuições da psicopatologia fenomenológica e pela fenomenologia da vida, nas quais o sofrimento psíquico é apreendido de forma ampliada, não apenas sendo compreendido por comportamentos e reações biológicas do indivíduo, mas primeiramente na antropologia de vida da pessoa que padece pelo transtorno psíquico. Seguindo essa visão, queremos obter uma compreensão peculiar por parte do clínico, oferecendo uma terapêutica que respeite e dê amplitude à complexidade do sofrimento humano que se encontra de maneira singular em cada paciente e que pode ser sentida na experiência interpessoal desenvolvida durante o tratamento clínico.

2.1.1 Transtorno de personalidade borderline: o paciente difícil

Conforme a conceituação psiquiátrica do DSM-5 (APA, 2014), o TPB é descrito como um padrão consistente de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, acentuada impulsividade, esforço contínuo para evitar o abandono real e/ou imaginário, alternância entre idealização e a desvalorização, perturbação da identidade, ameaças suicidas ou de comportamento automutilante, oscilações de humor, sentimento de vazio, raiva acentuada, entre outros. Podemos realçar que as ameaças suicidas ou de comportamentos automutilantes muitas vezes deixam de ser ameaças, passando para tentativas efetivas de suicídio ou de automutilação com sequelas significativas na saúde da pessoa.

Apesar das pesquisas terem apontado a disfunção emocional como sendo o núcleo do distúrbio de personalidade borderline (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Trull, Tomko, Brown, & Scheiderer, 2010), não se tem uma explicação precisa para o surgimento e o desenvolvimento desse transtorno mental (Dixon-Gordon, Peters, Fertuck, & Yen, 2017). No estudo de Houben et al. (2016), a instabilidade

emocional foi abordada a partir da perspectiva qualitativa, observando que o que distingue pacientes com TPB das pessoas normativas não é apenas a ocorrência de fortes mudanças na intensidade emocional, como sugerido por estudos anteriores, mas fortes mudanças entre um estado emocional positivo para um estado emocional negativo, ou vice-versa, de forma repentina e extremamente rápida, o que é denominado de troca emocional.

Pessoas diagnosticadas com TPB demonstram dificuldades na compreensão dos estados mentais, que vão desde a falta de consciência sobre os próprios sentimentos, dificuldades em inferir os pensamentos e sentimentos subjacentes aos comportamentos dos outros, até a incapacidade de conectar estados mentais diferentes em uma narrativa integrada (Bateman & Fonagy, 2004). Para Bateman e Fonagy (2004), a deficiência em habilidades de reconhecimento e reflexão emocional pode estar na raiz de muitos aspectos dessa patologia, tais como desregulação emocional, impulsividade, autoagressão e tendências suicidas.

Outra característica dos pacientes com TPB é referida no artigo de Dixon-Gordon et al. (2017), que sugere que indivíduos com TPB são particularmente sensíveis a situações interpessoais; por exemplo, Shenk e Frunzzetti (2011, 2014) observaram que as pessoas com TPB têm frequentemente a percepção de que estão sendo avaliadas negativamente ou criticadas por outras pessoas, despertando uma intensa reação emocional, sendo que a interpretação dessas críticas ou rejeições podem ser infundamentadas no contexto da situação real, sem argumentos evidentes para chegar a essa apreciação negativa.

No mesmo âmbito das relações interpessoais, os indivíduos com TPB tendem a ter inúmeros conflitos interpessoais, frágil senso de identidade, dificuldades para entender tanto os seus estados mentais quanto os de outras pessoas (Maillard et al., 2017). No artigo de McCarthy e Taylor (2017), os autores referem enfaticamente a questão de como o diagnóstico está sendo visto de dentro para fora; por exemplo, com Bateman e Fonagy (2004) e Clarkin, Yeomans e Kernberg (2007), no sentido de que se observam dificuldades relacionais como um dos sintomas da confusão afetiva e emocional do transtorno. Entretanto, esses autores chamam a atenção para a necessidade de se encontrar maneiras de visualizar os sintomas como parte de um sistema interpessoal alterado, podendo ajudar a aliviar parte da invalidação à qual o indivíduo com TPB pode estar propenso. Assim, eles concluem referindo que a natureza do contexto interpessoal parece ser a razão predominante para bruscas mudanças nos processos afetivos de indivíduos com TPB em comparação com pessoas sem o transtorno (McCarthy & Taylor, 2017).

Isolamento social e sentimentos de solidão também são características presentes em pessoas com TPB. Liebke et al. (2017) referem que a solidão constitui uma característica proeminente na autodescrição desses pacientes. Segundo os autores, a solidão, isto é, a

percepção de estar socialmente isolado, está ligada ao fato de as pessoas com TPB realmente estarem sozinhas e com um pobre funcionamento social. Nessa pesquisa, Liebke et al. (2017) observaram que a diversidade de redes sociais e a reduzida comunicação interpessoal contribuíram para o aumento dos sentimentos de solidão nos participantes com TPB. No entanto, após o controle dos efeitos dos recursos da rede social e do funcionamento social, ainda encontraram aumento do sentimento de solidão no grupo com TPB, sugerindo que outros fatores contribuem para a experiência dolorosa nessa amostra clínica.

Apesar de pesquisas recentes (Fertuck, Grinband, & Stanley, 2013; Franzen et al., 2011) apresentarem a capacidade de indivíduos com TPB confiarem em si e em outros, essa confiança muitas vezes se vê minada pelo desenvolvimento de comportamentos interpessoais mal adaptados, que provêm de experiências adversas na infância. Experiências tormentosas na infância são uma das características ambientais invariáveis no desenvolvimento do TPB (Fonagy & Bateman, 2008; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Assim, o fator interpessoal é determinante para uma série de comportamentos autoagressivos nos pacientes com TPB – 10% deles realizam suicídio (Paris & Zweig-Frank, 2001) e 75% das tentativas mais letais de suicídio são desencadeadas por fatores interpessoais (Brodsky, Groves, Oquendo, Mann, & Stanley, 2006).

Nas pessoas com TPB, o ambiente adverso proporciona o desenvolvimento de um apego inseguro na relação com os outros, muitas vezes incluindo uma visão negativa dos outros, como se os outros não fossem confiáveis (Clarkin et al., 2007), o que desencadeia cognições e comportamentos interpessoais mal adaptados, especialmente em situações interpessoais significativas (Fonagy & Bateman, 2008). Miano et al. (2017) referem que a ternura percebida nas relações amorosas foi um fator que permitiu com que os pacientes com TPB mantivessem uma percepção estável de confiança com o parceiro frente às ameaças no relacionamento. A ternura pode constituir um agente efetivo pelo qual os indivíduos com TPB recebem informações interpessoais positivas mais contundentes, especificamente em situações de ameaça no relacionamento.

2.2 Tratamento psicoterápico com pacientes com TPB

Segundo Diaz Curiel (2001), seja qual for o tipo de tratamento, a terapia de pacientes com transtorno de personalidade em geral, mas em particular os TPB, eleva os desafios entre os profissionais de saúde mental. Por um lado, mobiliza sentimentos e atitudes nos terapeutas de forma muito intensa, devido a enorme emotividade e descontrole que desprendem esses

pacientes ao longo do processo psicoterapêutico e a real possibilidade de conseguir mudanças estruturais da personalidade em alguns dos pacientes, diferentemente do que acontece com outros transtornos de personalidade mais severos, como os esquizotípicos e paranoides, nos quais não existe essa possibilidade de mudança. Para Diaz Curiel, os objetivos gerais dos tratamentos psíquicos em pacientes com TPB estão direcionados de maneira que o paciente consiga melhorar as suas relações interpessoais e diminuir as condutas autodestrutivas, assim como alcançar uma maior integração e compreensão dos seus conflitos internos e relacionais.

2.2.1 Dificuldade de adesão ao tratamento clínico

Para Gunderson (1989), pacientes com TPB não aderem ao tratamento e às sessões de psicoterapia em razão de frustrações com o próprio tratamento, falta de suporte social e dificuldades logísticas em comparecer às consultas. Stone (2006) reconhece que os terapeutas devem lidar com seis problemas sérios no início do processo: suicídio e automutilações; ameaças de interrupções precoce do tratamento; depressão; abuso de substâncias; manifestações de ansiedade e pânico; e dissociação. O autor também refere outras questões que surgem depois de superados esses problemas: raiva injustificada; mordacidade; manipulação; reivindicações; ciúmes; pensamentos do tipo tudo ou nada; atitudes extremas, como idealização e desvalorização; e traços masoquistas.

Segundo Vaz Tanesi et al. (2007), os comportamentos de não adesão ao tratamento envolvem não somente o abandono propriamente dito do tratamento, mas também os ataques ao vínculo, a melhora e a agressividade voltada à equipe e à instituição de saúde. A impulsividade também se destacou como fator para o abandono do tratamento, sendo relacionada aos problemas de regulação da esfera volitiva, de dificuldade na inibição de emoções, de atos e de pensamentos. Os autores do estudo acreditam que a impulsividade parece estar relacionada à desesperança e à sensação de vazio do sentido da vida. A crença de estar sem apoio e a falta de esperança no futuro levam ao desespero, aos atos impulsivos e a situações de risco. Outros fatores que interferiram na adesão do tratamento, identificados pelos autores, foram a repetição de tentativas de suicídio, a regressão e a agressividade.

De acordo com Diaz Curiel (2001), as psicoterapias psicodinâmicas enfatizam a dificuldade de manejar e conter os impulsos agressivos dos pacientes, dando lugar à criação de uma transferência rápida, instável e de natureza hostil. Para o autor, o manejo do terapeuta sobre a contratransferência é essencial para poder ajudar o paciente a conter os impulsos agressivos. A instabilidade e os riscos das atuações dos pacientes colocam em perigo os avanços

psicoterapêuticos. Diaz Curiel refere que as condutas autodestrutivas têm de ser tratadas imediatamente com os pacientes e as interpretações, embasadas na realidade externa da pessoa. O pesquisador também relata que, nas psicoterapias expressivas, dos autores Kernberg (1974) e também Kohut (1971) e Winnicott (1974, citado por Gunderson, 1996), as dificuldades dos pacientes com TPB em relação ao tratamento se encontraram na baixa adesão e no elevado número de abandonos voluntários, devido às dificuldades em alcançar os objetivos marcados ao início da psicoterapia. Na revisão retrospectiva de Waldinger e Gunderson (1984), pesquisa feita dentro da comunidade psicanalítica de Boston, participaram 11 terapeutas e 78 participantes, tendo concluído que, dos pacientes que começaram uma psicoterapia expressiva (3 vezes por semana), somente 54% continuaram o tratamento depois de 6 meses e apenas 33% o completaram, dos quais somente 16,5% (3 participantes) sentiram melhorias.

2.2.2 Dificuldades para o clínico

A literatura sugere que manter a relação terapêutica com pacientes com TPB é um desafio constante para o clínico, devido a diferentes emoções e sentimentos negativos que podem surgir durante o tratamento (McMain, Boritz, & Leybman, 2015). A raiva por parte do terapeuta é uma reação comum (Deans & Meocevic, 2006), surge frequentemente em resposta aos ataques feitos pelo paciente com TPB, que geralmente apresenta comportamento hostis, violações de limites propostos pelo clínico e falta de adesão ao tratamento. Os terapeutas também relatam frequentemente sentirem-se sobrecarregados, ansiosos e confusos, muitas vezes em resposta a comportamentos inesperados e erráticos do paciente – por exemplo, reiteradas crises com comportamentos automutilantes e tentativas de suicídio. Além disso, a lentidão ou a ausência de progresso frequentemente corrói a confiança do terapeuta e contribui para o surgimento de sentimentos de desesperança e pessimismo por parte do profissional (McMain et al., 2015).

Em suma, os autores explicam que explorar as rupturas é uma parte importante da terapia no tratamento de pacientes com TPB. Os terapeutas que trabalham com pacientes diagnosticados com TPB devem responder melhor à sensibilidade e à reatividade de seus pacientes, tendo especial foco na validação dessas situações, incluindo o reconhecimento da sua própria responsabilidade nas situações de ruptura (McMain et al., 2015).

2.2.3 *Eficácia nos tratamentos clínicos do paciente com TPB*

Livesley (2000) explica que, devido ao progresso nos últimos anos na fenomenologia descritiva, aos estudos sobre a personalidade e aos avanços das teorias cognitivas, o desenvolvimento da psicologia tem alcançado uma nova compreensão da natureza e das origens do transtorno de personalidade, direcionando a reavaliação nos tratamentos de pacientes com TPB. Para Livesley (2000), o tratamento requer uma combinação de medicação e intervenção psicoterápica que inclua diversos enfoques, embora exista uma carência de estudos empíricos relativos à eficácia dos enfoques integrativos. Mesmo assim, o autor refere que a variedade de características do TPB (instabilidade do *self*, dificuldades relacionais, afetivas e na organização cognitiva) se reforça mutuamente, criando uma estrutura resistente à mudança.

No estudo de Diaz Curiel (2001), observou-se que todas as modalidades terapêuticas pesquisadas pelo autor enfatizam os seguintes aspectos: cuidar a relação com o paciente; papel ativo e contínuo por parte do terapeuta; necessidade de estabelecer limites claros no enquadre terapêutico, como forma de evitar a interrupção prematura do tratamento e o descontrole de impulsos do paciente; atitude flexível do terapeuta; e capacidade de o terapeuta criar uma atmosfera cálida e empática, em que consiga manejar seus próprios sentimentos.

Similares foram as conclusões da pesquisa feita por Hopwood et al. (2014), que compararam os resultados dos processos psicoterápicos de pacientes com TPB de quatro experientes psicoterapeutas, com abordagens teóricas distintas. Foram observados aspectos comuns na psicoterapia de todos os psicoterapeutas, por exemplo, quando todos enfatizaram o papel do terapeuta em fornecer alguma forma de estrutura estável para sustentar a relação, incluindo tolerância dos afetos negativos do paciente e comportamentos hostis ou ameaçadores; e quando todos demonstraram seriedade sobre as preocupações dos pacientes, mesmo expressas de forma exagerada, concentrando-se no motivo interno subjacente às preocupações do paciente, em vez de na maneira mal adaptada na qual o motivo foi expresso. Hopwood et al. (2014) referem ser muito provável que a experiência vivida durante o processo terapêutico tomou uma qualidade validadora da própria condição humana do paciente, o que acaba contribuindo para melhorar a regulação tanto das emoções como dos comportamentos impulsivos. Em todos os casos desta pesquisa, esse ponto parece derivar de um profundo respeito pela humanidade do paciente, sendo considerado um antídoto eficaz contra atitudes negativas comuns em pessoas com TPB.

Na pesquisa de Bedics et al. (2015) sobre a relação terapêutica com pacientes com TPB, os resultados destacam que, independentemente do tipo de intervenção terapêutica, os aspectos

mais significativos são o comprometimento e a capacidade de trabalhar a aliança terapêutica promovidos pelo psicoterapeuta. Isso resulta na redução das tentativas de suicídio dos pacientes. A aliança terapêutica é amplamente reconhecida como um ingrediente ativo e um mecanismo de mudança em praticamente todas as psicoterapias, independentemente da orientação teórica e da lealdade do pesquisador ao laço da aliança terapêutica (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012), porém é importante realçar que essa característica deve ser levada de modo cuidadoso no tratamento com pacientes TPB por parte do clínico, devido às dificuldades que surgem na relação com esses pacientes.

2.3 A psicopatologia fenomenológica do TPB

Nesta parte do capítulo, será apresentada uma revisão sobre a literatura referente a uma visão fenomenológica sobre o TPB. A intensão aqui é debruçar-nos sobre como diferentes psiquiatras e psicólogos apresentam as suas apreciações a respeito da compreensão desse transtorno, associada às questões da psicopatologia fenomenológica principalmente. Porém, entendi pertinente trazer alguns autores que são de outras abordagens, devido a suas ricas contribuições para a compreensão fenomenológica do transtorno.

2.3.1 Identidade narrativa

O conceito de identidade narrativa implica a continuidade de passado, presente e futuro pessoal. Esse conceito é essencialmente baseado na capacidade de a pessoa integrar aspectos e tendências contraditórias sobre si mesma, mas que podem manter coerência e sentido abrangente. Fuchs (2007) explica que pacientes com TPB não têm a capacidade de estabelecer o conceito de *eu* coerente, em vez disso, adotam o que poderia ser chamado de uma postura “pós-modernista” em relação à vida, mudando de um momento presente para o outro, identificando-se totalmente com seu estado atual de afeto. Em vez da repressão, a sua maneira de se defender consiste em uma divisão temporal do *self* que exclui o passado e o futuro como dimensões de constância, vinculação, compromisso, responsabilidade e culpa em relação aos outros e consigo mesmo. A fragmentação temporal do *self* evita a necessidade de tolerar a ambiguidade ameaçadora e a incerteza das relações interpessoais. O preço dessa fragmentação temporal do *self*, no entanto, consiste em um sentimento crônico de vazio interior, causado pela incapacidade de integrar passado e futuro no presente e, assim, estabelecer um senso coerente de identidade (Fuchs, 2007).

Além disso, o conceito de identidade narrativa não implica que as narrativas sejam obras solitárias de escritores isolados das suas próprias histórias de vida. As identidades pessoais são, antes, constituídas por uma interação complexa entre as perspectivas de primeira, segunda e terceira pessoa (Nelson, 2001). Os outros não são apenas os auditores e testemunhas implícitos, mas também são os coautores das nossas histórias de vida. A essa forma de ser, que caracteriza as pessoas com TPB, Fuchs (2007) denominou como “fragmentação da narrativa do *self*”, tendo como consequências a impulsividade, a incapacidade de conter e regular os estados emocionais, e a divisão da identidade e a intersubjetividade.

2.3.1.1 Impulsividade e incapacidade de conter e regular os estados emocionais

A experiência clínica com esses pacientes demonstra que eles são altamente imprevisíveis, mudando de um estado de afeto e comportamento para o oposto, sem razão compreensível. Além disso, gastos impulsivos, impulsividade sexual, compulsão alimentar, abuso de substâncias, direção imprudente e violência são características comuns do transtorno e expressam a incapacidade dos pacientes de conter e regular as emoções emergentes (Clarkin & Posner, 2005). Os indivíduos com TPB passam por mudanças de humor mais intensas e abruptas, incluindo principalmente ansiedade, disforia, raiva, vergonha e depressão, mas também podem demonstrar entusiasmo efêmero ou euforia. Quanto mais extrema a distorção em uma direção, mais fácil ela se inclina para o polo oposto. Entretanto, em todas essas experiências, os pacientes se identificam completamente com seu estado psíquico momentâneo, incapazes de se distanciar da situação atual. Como resultado, eles são dilacerados por impulsos emergentes – explosões de raiva e agressão, compulsão alimentar, vícios, automutilação e assim por diante.

Segundo Fuchs (2007), os pacientes com TPB não conseguem aproveitar as experiências do passado, por meio da reflexão das suas decisões, para determinar seu próprio futuro. Eles sentem falta da experiência de autoria das suas vidas. Pode-se dizer que, em vez de projetar-se no futuro, eles simplesmente se deparam com isso. Assim, esses pacientes exibem uma estrutura temporal característica: eles são apenas o que estão experimentando nesse determinado momento, em um presente frequentemente intenso e ainda vazio e plano; esse presente só pode ser experimentado passivamente, não como resultado do próprio planejamento e da vontade. Eles estão, por assim dizer, “amarrados à pegada do momento presente”. Eles frequentemente descrevem sentimentos duradouros de vazio e tédio, já que seu presente transitório não tem profundidade. O autor explica que falta neles o preenchimento que só se

origina da integração da experiência passada e do futuro antecipado, quer dizer, da integração com a sua biografia de vida.

Pazzagli e Rossi Monti (2000) referem que, a fim de preencher esse vazio vivido, o paciente com TPB busca prazeres momentâneos, emoções e êxtases, transformando a vida em uma série desconexa de eventos fugazes, em vez de uma história contínua. Essa tentativa constante de criar um “mundo de festas” foi adequadamente resumida, no termo de Bin Kimura, como uma temporalidade “intrafestiva” (Kimura, 1992). Outros autores definiram a temporalidade do TPB como uma estrutura cíclica sem qualquer progressão histórica (Muscatello & Scudellari, 2000).

2.3.1.2 *Divisão*

Enquanto a impulsividade diz respeito à esfera do afeto, da vontade e da ação, um fenômeno temporal similar é encontrado na esfera dos valores e da percepção, mas que também carrega os afetos, geralmente chamado de divisão. De acordo com Kernberg (1975), que introduziu o termo de divisão em psicopatologia, as pessoas com TPB são incapazes de integrar aspectos positivos e negativos do eu e dos outros em percepções coerentes. O outro é totalmente bom ou totalmente ruim, ideal ou desvalorizado, dominante ou impotente; assim, na sequência temporal, isso resulta em uma constante oscilação entre essas contradições – não há integração de uma série de interações para formar um conceito coerente do outro.

O mesmo esquema de tudo ou nada se aplica à percepção de si (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989). As representações contraditórias do eu não podem ser percebidas simultaneamente, então os pacientes com TPB mal conseguem reconhecer as contradições. Mais uma vez, eles não adquirem uma posição reflexiva além do seu estado emocional atual, a partir do qual podem integrar aspectos divergentes de si mesmos. Esse fator será tratado com mais detalhes a seguir, no tópico sobre a intersubjetividade.

2.3.1.3 *Identidade Fragmentada*

O resultado é uma visão mutável de si mesmo, com discontinuidades acentuadas, mudanças rápidas de papéis e relações, além de um sentimento de vazio interior contínuo. Não há senso de continuidade no tempo e entre as situações, nenhum conceito de autodesenvolvimento que possa ser projetado no futuro, mas apenas uma repetição sem fim dos mesmos estados afetivos, criando um modo atemporal peculiar de existir. Os pacientes

frequentemente mudam seus objetivos, empregos e amigos, bem como suas convicções e valores; eles são incapazes de se comprometer com um conjunto de valores definidos por si mesmos, relacionamentos duradouros e aspirações de longo prazo (Westen & Cohen, 1993).

A fragmentação da identidade está ligada a uma incoerência da memória autobiográfica encontrada nos pacientes com TPB. Eles têm muitas dificuldades em lembrar experiências autobiográficas específicas, e muitas vezes seus relatos narrativos mostram grandes lacunas ou inconsistências (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000; Startup et al., 2001). Essas dificuldades estão relacionadas principalmente à tendência de os pacientes se dissociarem (Jones et al., 1999).

A dissociação pode ser considerada uma falha na integração de percepção, sensação, afeto, memória e identidade em um sentido coerente e unificado de consciência e *self*. Há muitas evidências de que a suscetibilidade à dissociação é, pelo menos em parte, resultado de experiências traumáticas e ambientes adversos precoces (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). A dissociação, bem como a lembrança autobiográfica pouco integrada, pode servir como uma estratégia para evitar emoções angustiantes relacionadas às experiências que acarretam sofrimento excessivo. Por outro lado, essa característica acaba minando a coerência da narrativa de vida da pessoa.

Uma razão adicional para a frágil identidade nas pessoas com TPB, segundo Wilkinson-Ryan e Westen (2000), pode ser observada na falta de memórias intersubjetivas ou compartilhadas que ajudam a definir o eu ao longo do tempo. Para essas pessoas, que não conseguem manter muitos relacionamentos de longo prazo, a vida se torna uma série de episódios desconectados com pessoas que entram e saem de suas vidas em uma sucessão incessante. Mesmo aspectos fundamentais do eu são frequentemente perdidos quando os relacionamentos em que emergiram se dissipam. O fracasso em manter relações sociais íntimas pode, assim, favorecer um tênue senso de identidade.

2.3.1.4 *Intersubjetividade*

O TPB é concebido, principalmente, como um distúrbio da intersubjetividade. O conceito de identidade narrativa é essencialmente baseado na existência de um outro implícito em nós, que compreenderia nossas ações e projetos, a quem poderíamos contar nossa história de vida e por quem nós nos sentiríamos responsáveis. Essa presença implícita do outro, entretanto, pressupõe experiências precoces de constância e apego seguro a outros

significativos. Fuchs (2001) explica que o sentido básico de continuidade da nossa vida depende de uma história compartilhada com os outros, de uma temporalidade intersubjetiva.

Sobre essa questão, vários estudos examinaram o apego em pacientes com TPB e observaram que a maioria deles (75-90%) apresentava padrões de apego perturbados (isto é, preocupados demais ou esquecidos), principalmente devido a ambientes adversos ou traumáticos na infância, em particular tendo cuidadores abusivos (Levy et al., 2005; Fonagy et al., 1996). Assim, os sentimentos crônicos de vazio, os ataques de raiva, o medo de abandono e a falta de um senso de eu estável podem ser derivados da carência de sintonia relacional desde o início da sua interação com os outros, resultando em transtornos de apego. Devido a falta de experiências de relacionamentos confiáveis, a criança não estabelecerá as representações internas dos outros, que são necessárias para formar narrativas coerentes de si mesmo. Consequentemente, podemos considerar que pessoas com TPB também apresentam transtornos de sintonia social precoce e da temporalidade intersubjetiva. Embora esses transtornos remontem a períodos pré-verbais e pré-reflexos, seus resultados tornam-se particularmente manifestos em deficiências nas funções reflexivas ou representativas, responsáveis por estabelecer uma identidade narrativa.

Seguindo essa linha, Fonagy e Bateman (2005), baseando-se em pesquisas tanto com indivíduos com TPB quanto com crianças vítimas de maus-tratos, descobriram que esses pacientes apresentavam falhas nas suas capacidades empáticas, não conseguindo entender a perspectiva de outras pessoas. Nos termos dos autores, faltava-lhes a capacidade de mentalizar, isto é, de interpretar seu comportamento em termos intencionais e de imaginar o modo como o outro o vivencia. A identidade narrativa implica a atribuição de intenções significativas e inteligíveis para si e para os outros. O desenvolvimento dessa capacidade, contudo, depende basicamente da sintonia afetiva, da empatia e do apego seguro entre o bebê e os seus cuidadores. Somente se as experiências da criança encontrarem uma compreensão adequada, espelhando-se e tendo o enquadramento de outras pessoas, elas poderão integrar, em uma compreensão coerente, o significado de ser um eu com intenções, desejos e objetivos, tendo continuidade temporal básica.

Experiências traumáticas que não podem ser simbolizadas são particularmente aptas a prejudicar o desenvolvimento de capacidades “mentalizadoras” (Fonagy & Bateman, 2005). Como resultado, os estados intencionais dos outros permanecem como algo estranho, sombrio e potencialmente hostil, levando os pacientes a conclusões prematuras sobre as intenções maliciosas dos outros e a uma insegurança fundamental em seus relacionamentos. Uma vez que a compreensão da vida mental e a continuidade da narrativa bibliográfica sobre as nossas

experiências também fornecem o elo para estabelecer a continuidade entre o passado, presente e futuro, o desenvolvimento da memória autobiográfica e da identidade é seriamente prejudicado. Tudo isso resulta em uma deficiência de regulação emocional, fazendo com que esses pacientes se sintam inundados por afetos, que os corroem em intensos estados mentais momentâneos, sendo incapazes de se distanciarem pela reflexão. Em suma, a fragmentação da identidade narrativa em pessoas com TPB está intimamente ligada a um transtorno fundamental da sua intersubjetividade.

2.3.2 *A culpa*

Callieri (1993) refere que é fundamental reconhecer o sentimento de culpa nos pacientes com TPB, do campo da responsabilidade existencial para situações psicológicas fortemente condicionadas, por exemplo, na primeira infância, tornando-se impossível a experiência individual de culpa e a tensão da ação pessoal responsável. Assim, na compreensão e no tratamento desses pacientes, não se pode e não se deve ignorar a consideração derivada da acentuação da culpa ética e os valores de sua transgressão. Temos que ter sempre presente que esse tipo de paciente tende a ter um julgamento moral desequilibrado, em que a autoacusação pode levar a comportamentos imprevisíveis.

Callieri (2007) explica que é particularmente difícil e delicado tratar alguns temas que são tocados durante o tratamento desses pacientes; o olhar psicopatológico não deve se alienar da dimensão religiosa, já que se observa um problema do equilíbrio entre realidade e responsabilidade, por um lado, e fantasia e escape do outro, quando é clinicamente relacionado com sentimento de culpa em todos os campos, mas especialmente em atos sexuais anormais, mesmo que sejam apenas na imaginação. O autor explica que se deve auxiliar no amadurecimento da personalidade desses pacientes, tendo como tarefa a recuperação da autenticidade pessoal, assumindo responsabilidades, tanto pessoais como no âmbito social e da sua comunidade.

Segundo Callieri (2007), é por meio da comunicação existencial que o paciente poderá ser ajudado a desenvolver a capacidade de relacionamento dialógica com o psicoterapeuta e, por consequência, com outras pessoas. Para o autor, o desenvolvimento da capacidade dialógica possibilitará abrir o caminho para as dimensões transcendentais da experiência humana, levando a redescobrir no sagrado o significado do mistério do ser, deixando a repetição na qual a pessoa se encontra. Di Petta (2003) explica que é extremamente difícil trabalhar a capacidade dialógica nos pacientes com TPB, devido à experiência de culpa ser multitemática, sendo sempre vivida

de maneira irredutivelmente subjetiva, experimentada como uma falha debilitante relacionada a um ato realizado há muitos anos, mas que é carregada para o presente trazendo temor pelas consequências legais e morais.

Para Callieri (1980), o paciente com TPB experiencia a culpa através das lembranças de quando se negligenciou, revivendo essas memórias como algo irremediável, do qual não se pode libertar, seja pelo arrependimento ou pelo esquecimento. Entretanto, quando a experiência de culpa se encontra em face intensa, a lembrança dessa culpa específica aparece em segundo plano, já que todas as ações de culpabilidade, mesmo as de menor grau, são presentificadas sem perspectiva temporal, emergindo uma experiência de culpa extremamente intensa e perdendo as suas dimensões temporal e histórica.

2.4 Em suma

Como vimos anteriormente, a divisão da identidade fragmentada e a auto-fragmentação, nas pessoas com TPB, criam um presente desconectado do passado e do futuro, como um agora isolado. Quanto mais a pessoa mergulha nesse presente, mais ela consegue se identificar com seus impulsos momentâneos e se livrar do fardo do passado e da sua carga moral. A divisão é “além do bem e do mal”, além da inocência e da culpa. Para desenvolver a identidade narrativa nos pacientes com TPB, segundo Fuchs (2001), é necessário o constante trabalho de integração temporal da biografia do paciente. É preciso lembrar a ele as suas obrigações e responsabilidades, mesmo que isso só seja possível por meio de repressão e racionalização. O autor também refere a necessidade de o paciente aceitar o que aconteceu como uma parte significativa de sua biografia, mesmo quando isso implicar vivenciar sentimentos dolorosos de culpa e remorso. Em vez de estar aberto ao que seria possível, a pessoa deve se vincular a seus valores, suas convicções e suas decisões.

Por um lado, a divisão temporal do *self* exclui o passado e o futuro como dimensões da constância, vinculação, compromisso, responsabilidade e culpa. Assim, evita a necessidade de tolerar a ambiguidade ameaçadora e a incerteza das relações interpessoais de longo prazo. Por outro lado, essa fragmentação não significa uma felicidade inocente, mas, pelo contrário, acarreta um sofrimento ainda maior, da realidade em si, sobretudo devido aos outros, que se recusam a acompanhar esses extremos e permanecer disponíveis sempre que for conveniente para a pessoa com TPB. O sofrimento resulta da incapacidade de desenvolver apegos reais, do vazio interior e da perda de significado, de ser esmagado por sentimentos excessivos de

ansiedade e vergonha, pois essas são as principais emoções que agora substituem os sentimentos de culpa e remorso relacionados ao seu passado (Fuchs, 2001).

Finalmente, Fuchs (2001) explica que o vazio interior, a dormência e a alienação são resultado da separação de si mesmo: experiências que não podem ser integradas numa coerente história de vida são abandonadas em favor de novas experiências, deixando apenas o vazio, por mais intensas que tivessem sido. Tais experiências também não têm sentido, pois só poderiam ganhar sentido na profundidade que a biografia de vida entrega. A perda do tempo como uma corrente contínua, que se estende ao passado e ao futuro, cria um agora sem profundidade. Consequentemente, o sofrimento do paciente com TPB não é apenas uma incapacidade individual, mas reflete a crescente dificuldade dos indivíduos da nossa sociedade pós-moderna em integrar suas vidas em narrativas coerentes e formar estruturas abrangentes de identidade. A fragmentação do tempo vivido evita a necessidade de ter as memórias de sofrimento e culpa, como também evita o risco e a incerteza que surgem em todas as relações de longo prazo. No entanto, essa fragmentação da vida resulta na perda de uma identidade pessoal coerente, deixando o indivíduo à mercê de impulsos e estados de humor momentâneos, sendo incapaz de integrar partes de sua vida em uma narrativa coerente e, portanto, incapaz de dar um significado profundo ao seu próprio sofrimento.

3. A ANTROPOLOGIA FENOMENOLÓGICA DE BINSWANGER

Ludwig Binswanger fundamenta-se como um dos principais criadores da psicopatologia fenomenológica, além da sua obra ser fonte de inspiração para aqueles que seguem esse movimento. É considerado um dos pioneiros na introdução de um novo olhar e de uma nova forma de compreender a psicopatologia, através da proposta de uma antropologia filosófica. Segundo Ales Bello (2016), essa proposta não atravessa uma análise teórica do transtorno psíquico, mas se dá pelo encontro com o singular do sofrimento humano e da pessoa em determinada situação, da sua experiência de vida contida na sua biografia.

Ludwig Binswanger nasceu em Kreuzlingen, na Suíça, em 13 de abril de 1881, em uma família com longa história na Medicina, especificamente dentro da psiquiatria – campo que, desde muito cedo, Binswanger assumiu como caminho profissional. Em 1907, formou-se em medicina pela Universidade de Zurique, sendo aluno e assistente, no hospital universitário Burghölzli, do médico Eugen Bleuler (1857-1939), reconhecido psiquiatra da sua época. Bleuler fez grandes contribuições para o entendimento da esquizofrenia. No seu trajeto universitário, Binswanger também teve contato próximo com Carl Gustav Jung (1875-1961), que foi seu orientador na tese de medicina (Chamond, 2011). No mesmo ano de 1907, Jung o apresentou a Sigmund Freud (1856-1939), com quem manteve amizade por correspondências frequentes até a sua morte. No começo da sua carreira como psiquiatra, Binswanger utilizava a psicanálise para tratar seus pacientes, mas logo sentiu as limitações da teoria psicanalítica no tratamento de psicopatologias graves, o que o afastou do pensamento psicanalítico. Mesmo Binswanger discordando de Freud profundamente em aspectos teóricos e práticos sobre o tratamento clínico, Freud encaminhava frequentemente pacientes graves aos cuidados de Binswanger³.

A partir de 1911, Binswanger assumiu a direção da clínica psiquiátrica Bellevue, em Kreuzlingen, mantendo-se nesse cargo até o ano de 1956, dez anos antes do seu falecimento. A clínica Bellevue tinha uma ótima reputação internacional pelos seus tratamentos de qualidade, recebendo a maior parte da elite intelectual europeia da época. Pelos cuidados da clínica, passaram personalidades de renome, como o crítico de arte Aby Warburg (1866-1929), o bailarino Vaslav Nijinsky (1889-1950) e o filósofo Friedrich Nietzsche (1844-1900), para citar alguns nomes. A clínica foi fundada pela família de Binswanger, tendo sido dirigida

³ Binswanger foi uma das poucas personalidades, do âmbito da saúde psíquica, com que, mesmo tendo discordado e abandonado a teoria e a prática da psicanálise, Freud manteve relação profissional e de amizade pessoal até o fim da sua vida.

anteriormente por seu avô, seu pai e seu tio. Devido às influências filosóficas e artísticas de Ludwig, a clínica de Bellevue tornou-se um centro natural de encontros entre psiquiatras, filósofos e artistas, recebendo destacadas personalidades intelectuais, como Edmund Husserl, Martin Heidegger, Martin Buber, Max Scheler, Sigmund Freud e Karl Löwith, para dar alguns exemplos (Chamond, 2011). Ludwig passou grande parte da infância e adolescência na clínica Bellevue, tendo desde muito cedo contato direto com pacientes psiquiátricos, que lhe fizeram obter uma compreensão ampliada sobre a experiência de sofrimento dos pacientes e da maneira diversa como se relacionavam com o mundo – questões profundamente trabalhadas nas diversas obras de Binswanger.

O interesse de Binswanger pela filosofia começou aos 18 anos de idade, quando lhe foi apresentada a leitura de Kant pelo professor de ciências humanas na universidade. A partir desse momento, o conhecimento filosófico o atraiu cada vez mais, encontrando no pensamento de Husserl uma via tangível para refletir a sua prática psiquiátrica (Giovanetti, 1989). Binswanger foi um dos psiquiatras que mais estabeleceu pontes entre filósofos e psiquiatras da sua época, mantendo como base do seu trabalho clínico fundamentos filosóficos que provinham principalmente da fenomenologia e do existencialismo. Durante a sua vida, Binswanger foi, acima de tudo, um psiquiatra, dedicando-se sobretudo ao tratamento de pessoas com transtornos psíquicos. Manteve-se fiel à sua atividade clínica, chegando a recusar várias propostas para ser professor universitário.

No contexto nacional, observo que por um lado a obra de Binswanger tem sido abordada por autores como Giovanetti (1989), Holanda (2011) e Moreira (2005), que trazem uma leitura correspondente sobre o psiquiatra suíço. Mas por outro lado, Binswanger tem sido bastante criticado devido ao seu afastamento do pensamento heideggeriano – críticas que vêm se repetindo com base naquelas feitas por Heidegger e Medard Boss em meados do século XX (Dastur & Cabestan, 2015). Contudo, muitos dos que criticam o pensamento de Binswanger se atêm a essas divergências com a filosofia existencialista de Heidegger, em virtude de o próprio Binswanger ter declarado que deixou de seguir parte da filosofia existencial porque o limitava na pesquisa e no tratamento clínico das psicopatologias (Binswanger, 1970). Feijoo (2017) reconhece que, no Brasil, a grande referência sobre a psicopatologia fenomenológica surgiu em Merdard Boos e que Binswanger ficou quase no esquecimento por acreditar que a obra de Binswanger foi pouco traduzida ao português e ao espanhol, o que causou seu quase total desconhecimento pelo público brasileiro, além de existir um tributo a Boss pela Associação Brasileira de Daseinsanalyse. Por outro lado, no mesmo artigo, Feijoo (2017) enfatiza que Binswanger elaborou uma resposta efetiva aos problemas das ciências humanas, em especial à

psicopatologia tradicional, contrapondo-se ao reducionismo, ao objetivismo, ao naturalismo e ao psicologismo que vêm dominando a psiquiatria desde o século XIX até os dias atuais, com a tão proeminente neurociência. A autora tem esperança, de acordo com seu artigo, de despertar motivações e interesse pelo estudo sobre Binswanger nos leitores brasileiros – mesma esperança que compartilho através desta pesquisa.

Giovanetti (1989) explica que Binswanger entendeu que, para fazer com que a psiquiatria progredisse como ciência do psiquismo, era necessário obter estatuto científico. Por essa razão, seu projeto intelectual foi a constituição de uma psiquiatria científica. Ele entendeu que a psiquiatria vivia um dilema no qual teria que se resolver, assumindo a tarefa de encontrar um novo caminho para si. “Ela (a psiquiatria) deve decidir se quer simplesmente permanecer uma ciência aplicada, um aglomerado de psicopatologia, de neurologia e de biologia, mantidas juntas simplesmente pela sua tarefa prática, ou se quer tornar-se uma ciência psiquiátrica unitária” (Binswanger, 1970, p. 152-153).

Holanda (2011) nos explica que o pensamento de Binswanger carrega essa dupla marca, que vem tanto da filosofia de Heidegger quanto das reflexões de Husserl. Contudo, o autor refere que para Binswanger a sua *Daseinsanalyse* deve ser tomada como um método de pesquisa que visa fundamentar o edifício da psiquiatria como ciência, não podendo ser considerada como uma técnica específica para uma psicoterapia. Porém, nesta pesquisa, consideramos que a obra de Binswanger nos traz ricas contribuições para uma clínica psicológica com influências da psicopatologia fenomenológica. Mas é importante referir que, na abordagem aqui proposta, nunca podemos atribuir este trabalho clínico como uma técnica que deve ser aplicada. Ao decorrer deste capítulo, serão abordadas estas contribuições.

3.1 Psicopatologia fenomenológica de Binswanger

Binswanger (1924/1971) recusava a cisão entre o elemento psíquico e o corporal, pois considerava o ser humano como uma existência em sua história de vida. Partindo dessa ideia, a oposição entre fatores internos e externos, como origem das psicopatologias, perde sentido, pois a importância de enfatizar as características singulares do paciente é ressaltada ao ser proposta uma compreensão dinâmica e viva dessa pessoa através da sua biografia. Na perspectiva fenomenológica de Binswanger, o paciente é o intérprete de seu próprio sofrimento, desaparecendo a ideia de inconsciente psicanalítico. Chamond (2011) refere que a fenomenologia husserliana se torna uma das bases do pensamento fenomenológico de Binswanger por facilitar a desconstrução do psicologismo, sendo identificada como a passagem

de uma compreensão naturalista para uma compreensão antropológica dos transtornos psíquicos. Por meio dessa base filosófica, Binswanger critica o pensamento objetivista das ciências naturais, por elas se limitarem a uma compreensão orgânica da pessoa. Para Binswanger, o método fenomenológico facilita a reconstrução e a compreensão do mundo dos significados do paciente de modo original. Os atos de visão categorial da fenomenologia husserliana desempenham, na psicopatologia, um papel duplo: primeiro, em relação ao clínico, pois o profissional abarca os conceitos essenciais psicopatológicos depurados fenomenologicamente; segundo, em relação ao paciente, sendo examinados os atos categoriais de observação patológicos alterados.

Colocado entre parênteses o naturalismo psiquiátrico, atribuindo um grau inferior às classificações e aos juízos do diagnóstico, evidencia-se que tais juízos dependem de critérios culturais (Manganaro, 2006), logo o clínico tem a possibilidade de se aproximar compreensivamente do paciente. Segundo Binswanger (1961/1973), ao fazer essa aproximação compreensiva dos modos psicopatológicos de ser, observamos as variações qualitativas e quantitativas dos atos da intuição categorial. No sentido mais amplo da intuição, é tomar conhecimento, de modo primário e imediato, das essências e dos valores estéticos, lógicos, éticos, metafísicos e religiosos do paciente. Temos que ter o discernimento de que estamos na presença não de alguém com uma perda nem uma diminuição, mas de uma pessoa com uma diversidade qualitativa, com uma maneira de ser de outro modo, possibilitando-nos apreciar a psicopatologia como um desvio do normal e também como uma forma de adaptação singular com o ambiente e com experiências extremas.

Binswanger refere que o método fenomenológico facilita a reconstrução e a compreensão do mundo dos significados do paciente. Assim, de acordo com Galimberti (1998), a orientação fenomenológica significa abordar o transtorno psíquico não como uma disfunção da consciência, mas como um diverso modo de manifestação de determinados indivíduos, encontrando essas alterações na forma de perceber o espaço, o tempo e a coexistência – em resumo, o mundo em que todos habitamos segundo os cânones compartilhados que, em seu conjunto, constituem o fenômeno originário a que chamamos de cultura. Todavia, Binswanger considera que é no corpo vivo da cultura, antes que no organismo da natureza, que são reveladas as raízes da alienação que fazem do paciente não um doente, mas um alheio, um estranho e um estrangeiro no interior da sua comunidade.

Em Binswanger (1961/1973), toda observação de acontecimentos psicopatológicos leva imediatamente à essência da pessoa, mostrando-se para a nossa percepção. Porém, sempre será colocado como principal ponto de observação e descrição a experiência da pessoa, tanto no seu

fenômeno concreto como no seu conteúdo essencial abstrato. O autor refere que entre o fenômeno e a pessoa podemos observar conexões essenciais gerais que se estabelecem com muita precisão, encontrando-nos dentro da esfera psicopatológica. Assim, a imersão na história vital interior, seja por parte da pessoa que está experienciando a dor, ou por parte do clínico, leva ao mais próprio, ao mais singular do indivíduo: a sua essência. Binswanger (1961/1973) refere que é na biografia que se exhibe e configura a essência interior da pessoa, o que ele denomina como o seu ser espiritual, e somente da biografia interior aprendemos a conhecer a pessoa espiritual. O mais importante é que a exposição psicológica da pessoa individual, no seu fundamento, abarca uma esfera bem determinada do ser espiritual, uma unidade definida de fatores de um sentido que se fomenta interiormente, unidade que contém uma configuração interior motivadora. Essa esfera especial do ser espiritual é o domínio das relações essenciais puras da motivação psicológica e, portanto, da psicologia eidética cuja exploração se realiza pela hermenêutica puramente fenomenológica ou pela pura investigação do ser.

Binswanger (1961/1973) criticava a visão naturalista ao afirmar que transtornos psíquicos, não são apenas doenças do cérebro, são enfermidades do espírito, que apresentam modificações das estruturas essenciais dos componentes do *ser-no-mundo* como transcendência. Para Binswanger, a psiquiatria deveria investigar e estabelecer essas modificações de forma científica. Já a nossa intenção, nesta pesquisa, é demonstrar a implicância dessa forma de compreender os transtornos psíquicos, em termos da operacionalidade no tratamento clínico e psicoterapêutico.

3.1.1 A espacialidade e temporalidade na psicopatologia fenomenológica

Para Binswanger (1961/1973), o problema da espacialidade na psicopatologia é central, uma vez que a transcendência se enraíza na *essência do tempo*, no seu desprender-se em futuro, passado e presente. Quando Binswanger diz que a existência *transcende*, isso significa que na essência do ser é configurado *o mundo*, sendo conformado num sentido diverso para cada pessoa. Essa concepção permite que nos relacionemos espacialmente com o mundo, dando um aspecto original (figura) a ele, o qual, não propriamente concebido, atua como pré-modelo para tudo o que se manifesta em cada eventual existência. Assim, Binswanger (1954/2013) defende que o

espaço só pode ser compreendido em meio a um recurso ao mundo e a partir do mundo do *ser-no-mundo*, da mesma forma que a espacialidade em geral só é passível de ser descoberta com base no mundo. Em outras palavras, temos de compreender que o ser-aí mesmo é espacial. (p. 220).

No que concerne à coesão funcional entre o espaço corporal e o espaço ambiente, com vistas às esferas espaciais particulares, Binswanger (1954/2013) refere que o espaço ambiente, oticamente fundado, é bastante estável e amplamente independente do comportamento de nosso corpo, enquanto o espaço cenestésico muda com o nosso espaço corporal. Em outras palavras, espaço orientado não significa outra coisa senão que “o eu”, por intermédio de seu corpo – forma um centro absoluto de orientação, o aqui absoluto, em torno do qual “o mundo” se constitui como mundo circundante. Assim, como o espaço orientado só designa um dos quatro modos do ser-no-mundo, os desvios clínicos particulares do normal só designam modos diversos do ser-no-mundo espacialmente orientado. É importante a desconstrução da doutrina do espaço corporal e do espaço ambiente como um todo funcional, assim como a desconstrução da ampliação do conceito do espaço corporal, por meio da introdução do conceito do espaço próprio, como oposição em relação ao espaço alheio – ampliação essa que mostra de maneira bem própria o quão “frágil” é o espaço orientado em relação à sua subordinação ao eu e ao mundo.

Em resumo, Binswanger (1954/2013) afirma que o espaço próprio é o nexos dinâmico do corpo próprio com o seu entorno mais imediato. Esse espaço próprio é dado como uma unidade funcional cinestésica-ótica-motora e forma o pano de fundo para a motricidade do corpo. Os movimentos dos membros corporais diferenciam-se a partir do mesmo espaço no momento da ação, como instrumentos relativamente autônomos, e fornecem, com isso, a ocasião para a constituição do espaço alheio. O espaço próprio e o espaço alheio não se encontram completamente separados um do outro, mas se interpenetram constantemente por intermédio da mediação da motricidade, que é fixada a partir do espaço próprio no espaço alheio enquanto tal ou vincula “de volta” o espaço alheio na esfera do esquema corporal.

Binswanger (1954/2013) refere que lidamos na psicopatologia com uma forma do espaço, para a qual a nossa ciência especial e a ciência da natureza em geral olharam, com um certo desprezo, como não científica – desprezo esse, porém, que não emergiu de maneira alguma de uma força, mas muito mais de uma fraqueza da incapacidade de apreender essa região com categoria científica, o que Binswanger denomina como o *espaço afinado*. Na visão natural de mundo, o espaço aparece como um vazio substancial ilimitado, antecedente todas as coisas e movimentos, em repouso e independente em seu ser de todas as coisas e movimentos. Já no espaço afinado saímos do espaço da história de vida interior e passamos para o espaço não histórico, do presente, quando nos entregamos ao puro conteúdo vivencial de nossa “tonalidade afetiva”, quando emergimos completamente em nossa “totalidade afetiva”. Está em

questão não os movimentos do corpo, mas a maneira da mobilidade da existência em geral, que se expressa constantemente num movimento/motricidade corporal e que é sentida e vivenciada em conjunto.

3.1.2 *Questão do corpo na psicopatologia fenomenológica*

Para Binswanger (2001), o “ter-um-corpo-vivido” é a manifestação em si, é a forma existencial singular em sua particularidade fenomenal mais radical em oposição a outras formas de existência. O corpo vivido é sentido, o corpo é apreendido, reconhecemos aqui a esfera da corporeidade essencial para as questões de identidade e de reconhecimento do ser, fundamentais nos diferentes transtornos psíquicos. Sobre isso, Binswanger (2001) escreve:

Se o leitor quiser, agora, compreender o que, propriamente dito, se passa, ele não deverá pensar em alguma das teorias psicofísicas, em algum paralelismo ou em uma interação psicofísica inútil para nós em psicologia e em psicopatologia. Pedir-lhe-emos para apenas pensar como “o corpo vivido” torna-se de novo psicológica e psicopatologicamente importante, sobretudo como dado ou consciência corporal, com todo o *a priori* de suas leis essenciais e as possibilidades de alteração de sua “facticidade”. Em primeiro lugar, o leitor irá se perguntar como o doente vive em seu corpo vivido, ou melhor, como ele experimenta seu corpo vivido e como ele o “sente”. Por esse modo de sentir, não deverá compreender nem sensações sensoriais nem sensações de órgãos, nem sensações corporais particulares vividas, e principalmente nem percepções corporais ópticas ou táteis (“externas”), mas um estado de fato fenomenal, absolutamente unitário e singular, de ter um corpo vivido e experimentá-lo. (p. 154)

Assim, Binswanger (2001) entende que o humano não apenas *possui* um corpo vivido, mas também ele próprio *é* permanentemente um corpo vivido. Isso, no entanto, não significa que a pessoa viva sempre corporalmente, mas que ela se expressa corporalmente de uma maneira ou de outra; ela possui, ao lado da palavra articulada ou ao lado de uma linguagem figurada mais ou menos objetiva, uma linguagem do corpo, que pode ser claramente articulada ou totalmente distorcida, dependendo da situação e de seu estado psíquico.

3.1.3 *O sintoma na psicopatologia fenomenológica*

Segundo Binswanger (1961/1973), a principal tarefa da psicopatologia fenomenológica é buscar o conhecimento e a descrição científica dos esboços de mundo dos pacientes com transtorno psíquico, o que necessita de uma análise da existência para que seja cumprida. Apenas com a solução dessa tarefa, o tão referido *abismo* que divide nosso *mundo* do *mundo* dos pacientes com transtornos psíquicos e que dificulta a inteligência ou comunicação com eles, não apenas chega a ser cientificamente compreensível, mas também cientificamente

estabelecido. Ao reconhecer que os esboços do *mundo*, como tais, são o que diferenciam os pacientes com transtornos psíquicos dos saudáveis e dificultam o entendimento com aqueles, também a questão da projeção de sintomas psicopatológicos em determinados processos cerebrais se apresenta sobre uma nova luz – porque agora não se trata de localizar um sintoma psíquico isolado no cérebro, senão, ante tudo, perguntar onde e como temos de localizar o transtorno psíquico fundamental, reconhecível na transformação do *ser-no-mundo* como tal. Então, evidencia-se o *sintoma* como expressão de uma extensa modificação anímica, uma modificação da totalidade da forma de existência ou da totalidade do estilo de vida.

O objetivo primeiro da psicopatologia é a investigação da pessoa, e a partir daí os restantes métodos de investigação podem-se organizar em uma hierarquia plena de sentido. Em outras palavras, em lugar de querer penetrar no problema da subjetividade a partir da objetivação, deve-se compreender a objetividade a partir da subjetividade. Para Binswanger (1961/1973), deve-se tomar como ponto de referência a compreensão central da pessoa, partindo da percepção daquilo que se manifesta como pessoa e, então, examinando como se comportam aqueles métodos e os contextos por eles investigados com o centro da pessoa e como esses contextos e métodos podem retraduzir-se total ou parcialmente em manifestações pessoais. O conhecimento psiquiátrico não tem, ao modo de ver de Binswanger, outro propósito mais importante do que avançar na compreensão e na descrição dos *mundos* e do *ser-no-mundo* dos adoecidos. Somente então saberemos o que os separa de nós e em que medida é possível a compreensão. Desse modo, para Binswanger (2001):

O ser humano expressa-se sempre nessa linguagem, de um modo particularmente inteligível, no qual, na sequência do abandono da comunicação e do fechamento em si mesmo, não mais se trata de meio de expressão próprio da comunicação, nem da linguagem falada, quando também a imaginação criadora se cala e o humano fecha-se no silêncio de sua tormenta. Mas o homem é a tal ponto uma essência falante, no sentido mais extenso, que ele expressa ainda algo . . . *sofre* verdadeiramente. (p. 156)

Assim, vemos como a psicopatologia fenomenológica de Binswanger não visa a entregar explicações reducionistas e limitadas sobre uma visão naturalista ou teórica dos transtornos psíquicos, fechando-se na apreciação e na diminuição sintomatológica; pelo contrário, a sua intenção é aproximar o clínico a um modo compreensivo de relação com a pessoa, no qual a sua experiência de vida se dá de maneira diversa. Dessa forma, pode-se chegar ao *encontro* da pessoa que vive num isolamento relacional, isolamento tal que leva a um intenso sofrimento devido, entre muitos fatores, ao sentimento de incompreensão pelo resto das pessoas – que vão sendo percebidas cada vez mais distantes, mais generalizáveis, menos singulares e menos humanas nas suas qualidades e valores. Podemos compreender como esse ciclo de estar

em isolamento relacional pode levar a pessoa a se sentir cada vez mais submersa no seu transtorno e mais longe do *mundo*, dos outros: Binswanger observou como era possível quebrar esse ciclo, através da aproximação humana do clínico, resgatando a esfera *espiritual do ser*, a própria essência do indivíduo, e, dessa maneira, provocando a transformação do sofrimento e quebrando o isolamento relacional. Assim, Binswanger (2001) escreve referente ao sintoma:

A expressão corporal especial, a articulação e a acentuação corporais de um modo de existir geral voltado sobre a corporeidade e a linguagem do corpo, um modo de existir extremamente imperfeito, ou seja, “deficiente”. Uma vez que a existência se encontre tomada em tal expressão corporal, ela perde, então, qualquer relação com o passado e com o futuro, o que significa simplesmente que o homem destituiu-se de seu próprio destino, implicando história e temporalidade e que ele está obrigado a levar uma vida sem passado nem futuro autênticos e mesmo, propriamente falando, sem presente autêntico, sem perenidade nem expectativa e também sem possibilidade de se instruir ou amadurecer, uma vida, portanto, puramente corporal (tudo isso está contido em uma *única* fórmula: “inconscientemente”). Ao longo do tratamento, da educação e da comunicação psicoterapêutica, este *status quo* existencial realoca-se na “corrente”; a memória do passado volta, o futuro é esperado, a vida na corporeidade é reconhecida como sendo o recôndito de toda vida própria, como um *status quo* “artificial” e a isto renunciamos, a expressão corporal é, neste sentido, compreendida e traduzida e, assim, finalmente, não há mais obstáculos à vida livre na esfera do corpo vivido, ao seu livre curso (ao contrário de sua “estagnação”, de sua fixação em um “sintoma” físico, por um lado, na abolição total do sentimento do corpo vivido, por outro). (p. 161)

3.2 Psicoterapia de Binswanger: Daseinsanálise

Binswanger desenvolveu uma leitura do processo psicoterápico baseada na aproximação fenomenológica e antropológica da pessoa, chamando-a de *Daseinsanálise*. Este nome tem a sua raiz na análise do *Dasein*, o conceito de “*ser-aí*” que o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) desenvolveu principalmente em sua obra *Ser e tempo* (1927/2005). Assim, a *Daseinsanálise* é uma análise empírico-fenomenológica dos modos do *Dasein*, sendo feita a partir da antropologia fenomenológica, explicitada na obra de Binswanger “*Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*” (1942). O que interessa ao clínico são os modos de ser a partir dos quais se revela a *ser-aí* do paciente. Binswanger (2001) explica que a psicoterapia sempre tem um potencial de transformação na pessoa:

É possível que a psicoterapia aja apenas porque ela representa uma certa parte do campo das ações que os homens exercem uns sobre os outros em todos os lugares e desde sempre; pouco importa que essa ação seja entorpecedora pela sugestão, estimulante pela educação ou puramente existencial pela comunicação. No que diz respeito a este último termo, com Jaspers, Martin Buber, Löwith; *das Individuum in der Rolle des Mitmenschen* [O indivíduo no papel do próximo], Griesebach e outros, nós o compreendemos como o ser puramente humano *com o outro e para o outro*, e não “complicado” ou “perturbado” por algum *dever* ou algum *serviço*, como é o caso para a autêntica relação de amizade, amor, autoridade ou a autêntica relação de confiança. (p. 145)

3.2.1 Processo psicoterapêutico: *ser-um-com-o-outro*

Binswanger (1961/1973) observou que a ação psicoterapêutica não pode ficar apenas sobre o organismo e a *psique*, no sentido de um todo unitário de funções vitais físico/psicológicas, ou seja, enquanto a um dos polos do ato psicoterápico. O profissional tem de reconhecer o outro polo, a relação existencial entre clínico e paciente, tendo ela a mesma importância para o sucesso do tratamento:

Em vez da inspiração vinda da situação médica global e da comunicação puramente pessoal e em vez de sua transposição instantânea em uma intervenção que funda uma forma funcional “normal”, uma situação médica nova e uma nova comunicação, entra, aqui, em jogo, o *trabalho* do paciente, comum, sistemático, para *uma reconstituição das experiências vividas* e uma *reconstrução* refletida da história interior da vida, trabalho absolutamente criativo para os dois parceiros, trabalho feito pela reunião dos atos de experiências, compreensão e interpretação, que, num primeiro momento, formam em uns com os outros um tecido frouxo, aparecem pouco a pouco como cada vez mais forte e sistematicamente ligados e estruturados, de modo que, em vez da intervenção intuitiva, o *tema*, nessa hora, torna-se determinante. Toda a história interior da vida de um ser, pouco importa que ela se desenrole de modo lógico e direto, caprichoso e tortuoso, não representa nada além de *um* tema histórico, tema que, inesgotável em si, “reúne-se” a partir de temas principais diversos e sempre inesgotáveis, que, eles próprios, se edificam a partir de diversos subtemas. Quanto mais o trabalho psicoterapêutico progride, mais a relação temática torna-se um guia e mais se esfumaça o arbitrário da inspiração. (Binswanger, 2001, p. 152)

Para Binswanger (1961/1973), uma intervenção psicoterapêutica apenas pode ter eficácia se o clínico estiver com o paciente numa verdadeira relação existencial de comunicação e confiança, em que o paciente entrega a sua confiança, quando o clínico, no seu ser e na sua ação, sente-se levado pela confiança do paciente. Essa confiança é a prenda que o paciente faz para o clínico como condição indispensável de cada ato psicoterápico, que poderá ser alcançada como o dote de toda comunicação verdadeira, além da intenção, do meio e do fim, da causa e do efeito. Mas esse acontecimento psicoterápico só pode acontecer quando é contemplada a lei individual do *ser-um-com-o-outro*, de determinado clínico com determinado paciente. Apenas quando se cumpre essa condição, a psicoterapia pode atuar curativamente no sentido profundo da palavra:

Essa cura psicoterapêutica não representa apenas um trabalho espiritual em comum aplicado a um objeto ou a um problema comum, um serviço ou uma performance consequente, mas também um contato comunicativo e uma influência recíproca ininterruptos, que é o elemento decisivo próprio a qualquer tratamento psíquico. De forma alguma, essa comunicação deve ser, como creem os psicanalistas ortodoxos, apreendida como simples repetição, portanto, no caso positivo, como transferência e contratransferência e, no negativo, como resistência e contrarresistência, pois a relação entre doente e médico representa um fato novo e autônomo de comunicação, um laço novo criado pelos dois destinos não somente em função da relação doente-médico, mas ainda, e principalmente, em função da relação puramente humana, no sentido de uma autêntica colaboração. (Binswanger, 2001, p. 152)

Binswanger (1961/1973) explica que a condição da relação psicoterapêutica só pode surgir em conjunto de mais um aspecto, no qual o clínico deve conseguir retribuir a confiança do paciente e lhe oferecer, por sua vez, a confiança humana, para que se produza a intervenção de sucesso. O paciente tem que ter conhecimento de que o clínico quer seu bem, que não deseja consertá-lo como um objeto por meio do seu saber e suas faculdades, senão que deseja ajudá-lo como pessoa com a sua confiança e atenção. De outro modo, tal intervenção não adquire a complexa configuração de um ato psicoterapêutico, mas segue sendo uma mera atuação – isto é, fora da esfera clínico-humana: uma ameaça, uma violência ao aproximar-se do outro como um objeto, ou seja, uma ação brutal.

3.2.2 A intuição fenomenológica

Segundo Binswanger (1961/1973), o nosso conhecimento intuitivo ou imediato excede, por muito, a função e os limites da percepção sensorial. Existem campos objetivos amplos, inacessíveis à percepção sensorial, dos quais conseguimos desenvolver conhecimento intuitivo. Podemos dizer que, para cada esfera objetiva, encontra-se o correspondente ato de percepção intuitiva. Aqui, intuição não significa um conhecimento sensorial, como, por exemplo, o conhecimento visual. O termo, segundo Husserl (1901/2012), é, em contraposição à percepção sensorial, uma *percepção categorial*, também entendida como *visão essencial* ou *intuição fenomenológica*. Nas palavras de Husserl (1901/2012):

Precisamente na medida em que toda apreensão é, em certo sentido, um compreender ou interpretar (consumando-se sob diferentes formas), a apreensão compreensiva, na qual se consoma o significar de um signo, é aparentada com as apreensões objetivantes, nas quais, por meio de um complexo vivido de sensações, desperta a representação intuitiva (percepção, imaginação, figuração etc.) de um objeto (por exemplo, de uma coisa “exterior”). (p. 61)

Nesse sentido, entendemos que, durante a prática clínica, estamos constantemente influenciados pela intuição fenomenológica no agir com os pacientes. Por essa razão, é importante realçar que o clínico fenomenólogo, consciente dessa condição, faz um trabalho prévio ao encontro com o paciente, para deixar “de lado” seus conhecimentos e sentidos de mundo, para que, dessa forma, a *intuição fenomenológica* se deixe tomar pelos sentidos provenientes da relação terapêutica, do encontro com o paciente. De modo que a *intuição fenomenológica* tenha sucesso, o clínico tem que ter desenvolvido a sua *atitude fenomenológica* (também entendida como *epoché*) na maneira de se relacionar com o paciente.

3.2.3 *Biografia interior*

Para Binswanger (1961/1973), o principal fator curativo na psicoterapia é a investigação metódica da biografia interior da pessoa. O trabalho com o paciente é contínuo e sistemático na reconstrução, segundo as vivências e a reconstrução psíquica da biografia interna, trabalho criativo para clínico e paciente, constituído por atos bilaterais de experiência. Através da compreensão e interpretação, que começam por ligar-se entre si, primeiro de forma solta, para logo unir-se e articular-se tematicamente pouco a pouco, mas, intimamente, até que a ocorrência intuitiva se torne normativa.

Assim, Binswanger (1961/1973) conta que a biografia interior da pessoa, indiferentemente de transcorrer em sequência e em linha reta, ou através de saltos, em forma sinuosa, representa um tema biográfico inesgotável em si, integrado por variados temas principais, que, por sua vez, estão constituídos por inúmeros temas secundários. Essa comunicação não deve em modo algum, como acreditam os psicanalistas ortodoxos, conceber-se como uma mera repetição, ou seja, em casos positivos, como transferência e contratransferência, nem nos casos negativos, como resistência e contrarresistência. Antes, as relações entre paciente e clínico apresentam sempre um elemento comunicativo novo e independente, uma nova ligação no destino, e não apenas em função das relações entre clínico e paciente, mas também, perante tudo, das puras relações de proximidade no sentido puro *um-com-o-outro*. Se tal tratamento fracassa, o psicanalista sente-se inclinado a presumir que o paciente não se encontra em estado de dominar suas resistências contra o analista. Binswanger (1961/1973) explica claramente a sua postura:

Certo é que não corresponde à realidade quando se culpa exclusivamente o paciente pelo fracasso de um tratamento, antes, bem, os psiquiatras devem sempre se perguntar se a culpa também não é deles. Naturalmente que não se trata aqui de uma culpa devida a falhas técnicas, senão de uma culpa muito mais grave, devido à incapacidade de despertar no paciente a *chama divina*, que apenas pode-se despertar na verdadeira comunicação entre existência e existência, e cuja claridade e calor só tem poder para libertar a pessoa do cego isolamento, do *idios kosmos*⁴, como diz Heráclito, ou seja, da mera vida em seu corpo, seus sonhos, suas inclinações retiradas, seu orgulho e sobriedade, e iluminá-lo e fazê-lo livre para que possa participar no *koinós kosmos*, na vida da verdadeira *kionia* ou comunidade. (p. 127)

Binswanger (1961/1973) tem a convicção de que devemos manter-nos livres de uma concepção objetivante e permanecer na esfera da vivência corpórea. A objetivação do humano leva, em seguida, à teorização e à tendência de criar uma ponte entre a oposição do físico e psíquico, enquanto nós, pelo contrário, desejamos fazer pontes sobre essa oposição, a qual

⁴ *Idios kosmos*, do grego, significa “mesmo mundo”.

somente é possível enquanto permanecermos no terreno puramente fenomenológico, ou seja, dentro da esfera das vivências e significados (em outras palavras, da existência). A psicoterapia, na sua verdadeira forma e função, quer dizer, despertadora da comunicação, apresenta sempre o clínico num papel espiritual de mediador entre o paciente e o mundo, o mundo comum e o mundo ambiente, o qual, sendo bem compreendido, é o paciente como *não-si-mesmo* para o paciente como *si-mesmo*. Porque o caminho para o *si-mesmo* passa sempre pelo mundo, assim como o caminho para o mundo passa sempre pelo *si-mesmo*. Toda psicoterapia bem entendida é a relação da pessoa consigo mesma e, portanto, com o mundo. É a transformação da inimizade para consigo mesmo em amizade para consigo e o mundo.

3.3 Conceito de amor e amizade na antropologia fenomenológica de Binswanger

Para Binswanger, o *ser-no-mundo* se compreende através da sua forma dual, tendo duas expressões: amor e amizade. A maneira de ser a dois no mundo dual deve ser compreendida a partir do fato de que um ser não está simplesmente ao lado de outro, mas deve existir uma relação entre eles. Essa relação deve ser de reciprocidade, tanto de um com relação ao outro como do outro em relação ao primeiro. É por isso que Binswanger usa a expressão alemã *Miteinandersein* para denominar essa relação, cuja tradução aproximada é *ser-em-relação-de-reciprocidade*. Essa forma de ser é caracterizada como uma unidade na dualidade. Assim, segundo Binswanger (1961/1973), o sentido da dualidade, o fato de ser dois à maneira do *nós* do amor, é totalmente diferente do sentido de ser dois no qual um está em oposição ao outro, podendo-se juntar, dos dois lados, um terceiro, um quarto, um quinto, até um número x, sem que aí exista uma mudança de estrutura do *ser-com*. Existe no *ser-em-relação-de-reciprocidade*, tanto no amor como na amizade, uma apropriação de um no outro, e não somente uma postura de um ao lado do outro.

Giovanetti (1989) refere que essa unidade na dualidade é possível porque o princípio organizador que rege a relação entre um e outro é o encontro. A perspectiva de uma compreensão antropológica desse princípio organizador é o que possibilita afirmar que a compreensão do *ser-em-relação-de-reciprocidade*, tanto na forma de amizade como na forma de amor, não pode ser demonstrada e discutida numa concepção categorial, mas somente numa expressão antropológica. Para Binswanger (1961/1973), o amor e a amizade mostram a mesma estrutura fundamental antropológica, cada um com suas características próprias.

Assim, Giovanetti (1989) explica que o amor e a amizade não podem ser concedidos como objetos de julgamento psicológico, dos quais se poderiam citar as características comuns e as que os distinguem. Só conseguiremos chegar ao essencial à medida que segurarmos, em nossa perspectiva, a estrutura antropológica comum do amor e da amizade, e à medida que procurarmos as particularidades da maneira de ser que nos impulsionam a falar da *maneira de ser amorosa* e da *maneira de ser amistosa do encontro*. Binswanger, para marcar essa perspectiva antropológica, afirma: “O amor e a amizade são uma relação originária primária, isto é, uma relação originária primária antropológica que não pode ser derivada mais longe” (1959, p. 139-140). As manifestações da modalidade dual, o amor e a amizade, são os modos da *presença* em que se exprime o autêntico encontro inter-humano, ou seja, em que, de uma forma total ou parcial, a relação entre o *Eu* e o *Tu* atinge sua plenitude.

4. A FENOMENOLOGIA DO ENCONTRO DE CALLIERI

Bruno Callieri é considerado por muitos psiquiatras, principalmente europeus, o ápice do pensamento psicopatológico, antropológico e filosófico do horizonte fenomenológico-existencial (Di Petta, 2007). Seu discurso sobre a psicopatologia fenomenológica e antropológica fundamenta uma abordagem ligada à problemática individual, tendo seu trabalho um sentido específico: colocar à disposição dos clínicos mais jovens, mais críticos, distantes das ideologias classificatórias e bio-reducionistas, um *corpus* de conhecimento atemporal e transcendental, capaz de levar o clínico a reviver o entusiasmo dos primeiros contatos, a maravilha de um encontro sempre mais autêntico e recíproco (Di Petta, 2007).

Bruno Callieri nasceu em Roma, no dia 17 de julho de 1923. Em 1948, terminou a sua graduação em Medicina e Cirurgia pela Universidade de Roma. Em 1954, adquiriu a sua primeira Livre-docência em Psiquiatria; já, em 1956, obteve a Livre-docência em Clínica do Transtorno Nervoso e Mental. Em 1957, Callieri passou um ano na Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, como assistente do professor e psiquiatra Kurt Schneider (1887-1967)⁵. Voltando à Itália, trabalhou no Departamento Neurológico e de Neurobioquímica da Clínica Umberto I de Roma; depois foi diretor do Hospital Psiquiátrico Santa Maria Imaculada de Guidona de Roma, entre 1972 e 1978. Em julho de 1994, foi nomeado Presidente Honorário da Sociedade Italiana de Psicopatologia.

A partir da década de 1960, Callieri desenvolveu um discurso em que confrontava as grandes figuras da psiquiatria e da psicanálise que existiam na época, orientando, de forma decisiva, a sua pesquisa em sobre a psicopatologia em relação à antropologia, refletindo sobre os limites entre questões clínicas e existenciais. Criou, junto de Borgna, Cargnello e Basaglia, a ideia da psicopatologia fenomenológica na Itália, impondo-se como figura emblemática de médico-filósofo, na encruzilhada entre formação naturalista e vocação humanista. No âmbito da psiquiatria contemporânea, Callieri contribuiu para validar uma das linhas fundamentais do discurso de Jaspers e Binswanger: fundamentar a psicopatologia como ciência autônoma, essencial para clínica, nosografia e psicoterapia (Di Petta, 2008).

⁵ Kurt Schneider foi um reconhecido psiquiatra alemão, cofundador da Clínica Psiquiátrica de Helderberg junto do psiquiatra fenomenólogo Karl Jaspers (1883-1969), e também docente em Psicopatologia Clínica. Em 1931, Schneider se tornou diretor do Instituto Alemão de Pesquisa Psiquiátrica, anteriormente fundado pelo psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926). Schneider preocupou-se por melhorar os métodos diagnósticos na psiquiatria, e os seus trabalhos contribuíram principalmente no desenvolvimento dos diagnósticos dos transtornos de esquizofrenia, depressão e transtorno de personalidade.

Di Petta (2007) defende que o horizonte formativo que se observa no trabalho de Callieri é extremamente complexo nas áreas da filosofia, literatura, história e epistemologia das ciências humanas em geral. A psicopatologia antro-po-fenomenológica (termo usado por Di Petta) ressalta o fenômeno clínico nas dimensões da fenomenologia antropológica do corpo, da existência e do mundo, sendo que aqui, longe de recorrer aos eixos teóricos abstratos, se reveste emblematicamente de um concretismo encarnado e vivo, no qual a noção de empirismo dá lugar a da experiência.

Para Callieri (Callieri & Maldonato, 1998), a pesquisa de diferentes *mundos-da-vida* ou *Lebenswelt*, desenvolvida na última fase da produção publicada de Husserl, leva à análise dos *mundos-da-vida*, que revelam diversos estilos de existência e lançam uma nova luz sobre modalidades de experiências, inclusive algumas tradicionalmente psicopatológicas, como a fobia e as modalidades esquizofrênicas e maníacas. Callieri reforça a ideia de que a antropologia fenomenológica constitui uma indispensável premissa para toda forma de psiquiatria que se interesse pelo ser humano em seu mundo:

A psiquiatria é, na raiz, ciência do homem, da existência humana: existência que não é somente natureza, mas também cultura e história, em uma palavra, “pessoa”. Aberturas à relações intersubjetivas, à corporeidade, ao encontro, à necessidade de “intencionar” e de apreender, sempre husserlianamente, o Outro-Eu e o seu ser-mundano, mesmo no caso clínico mais inequívoco. (Callieri & Maldonato, 1998, p. 22)

Callieri desenvolve o seu pensamento sobre a psicopatologia como ciência autônoma a partir dos principais psicopatólogos fenomenológicos e diversos filósofos existenciais e fenomenólogos, compreendendo-a através da antropologia e da interpessoalidade, que derivam da singularidade humana. Seu valor fundamenta-se na especificidade do psiquiatra, que utiliza a psicopatologia e a fenomenologia para coletar os dados observados em uma perspectiva diferente, depois de compreender a singularidade e individualidade de qualquer experiência humana, decifrando o seu íntimo projeto de mundo, a fim de desvelar o sentido, mesmo nas formas mais extremas e desviantes de sofrimento e alienação. Na perspectiva de Callieri, é inevitável a presença fenomenológica da intersubjetividade em cada trabalho da psiquiatria que deseja ser propriamente antropológica. Nesse sentido, a tarefa que Callieri designa para a clínica é a de recuperar a singularidade e a irredutibilidade do indivíduo com transtorno, recuperando a sua alteridade e o seu coexistir no mundo.

4.1 Psicopatologia antro-po-fenomenológica

Callieri (2001) revisita a psicopatologia clínica, em termos da experiência inter-humana, permitindo chegar à presença psicótica como eventualidade ou modalidade pessoal, como ameaça imanente do ser humano, e não mais ao “caso de esquizofrenia”, reduzido e descrito como objeto através de sintomas e mecanismos de defesa, tomado como fenômeno natural. Evitar os reducionismos biológicos e naturais significa aproximar-se do estudo da psicopatologia com um novo espírito, o que faz dela uma autêntica ciência do ser humano. Ales Bello (2016) ressalta que a psicopatologia fenomenológica em Callieri entrega uma forma que se manifesta no particular, mas contém substâncias que são de uma ordem universal.

Callieri dirige-se para a essência do fenômeno, não só se preocupa em casos patológicos, mas chega a eles através de um processo que resguarda a constituição de mundo de cada ser singular. Explica que o nó essencial da intersubjetividade, a sua articulação sobre um registro propriamente humano, torna-se, pela psiquiatria, o ponto de impasse. Um nó que, enquanto na psicanálise constitui-se como o núcleo central da cura e da recuperação do paciente, para a perspectiva antropológica-existencial se fundamenta, essencialmente, na singularidade da pessoa, em um trânsito *ontológico* da intersubjetividade à *interpessoalidade*. Se a consciência é essencialmente *intencionalidade* e a pessoa é sempre *ser-aí-no-mundo*, em seguida o *eu* configura-se sempre, em primeiro lugar, como relação (Callieri, 2011).

O discurso da psicopatologia antropológica de Callieri é igualmente aberto à dimensão clínica da psiquiatria. Isso envolve um compromisso coexistencial genuíno, fundado em reciprocidade, em um novo tipo de relação clínico/paciente mais integrada: a reedificação dos opostos. Na sua perspectiva centrada sobre uma visão *pática*, e não *ôntica*, da existência humana, o encontro assume o sentido de um *a priori*: *ocorrência originária*, que somente num segundo momento ganha expressão nas esferas linguísticas, sensoriais, motoras, emocionais e lógicas. O *eu*, para Callieri, não se dá sozinho; pelo contrário, faz experiência de *si* no encontro com o *tu* – isso também vale para o *tu* que me encontra. A modalidade *pática* constitutiva de cada dimensão pessoal é essencialmente *não ôntica*. Para Callieri (2011), o “dar e receber” constitui uma ação unitária, necessária nesse tipo de trabalho clínico, que pode ser indicada como uma relação de totalidade.

Callieri refere que a sua pesquisa pretende ser atenta ao sentido que se encontra inerente a cada presença psicopatológica, colocando-se como uma exigência inevitável da concepção da psicopatologia como fenomenologia da reciprocidade e da *interpessoalidade* (Callieri, 2007). Para o psiquiatra, a base que fundamenta a *interpessoalidade* é o próprio corpo como o que

transcende ao mundo, como *ser-no-mundo*, corpo como encarnação do meu *ser-mundano*. Assim, com esse corpo vivido como intermediário do encontro, a dimensão intersubjetiva, ou melhor dita *interpessoal*, encontra tanto a sua premissa lógica como a sua justificativa ética. É nesse contexto de convivência que a psicopatologia é intensamente viva, ela é proponente de toda a prática clínica, nos seus aspectos constituintes: o “*nós existimos*” me revela “*o outro*” não apenas como um objeto, mas como uma existência, isto é, como uma fonte não só de significado, mas de sentido. Segundo Callieri:

Essa inconfundível singularidade única, que é precisamente a pessoa, incorpora o fenômeno essencialmente humano, já que a pessoa que os expressa não é redutível a um simples fato natural: há uma transcendência, que está sempre presente, está sempre lá, sendo sempre mundana. A psicopatologia existencial prescinde de julgamentos e prognósticos clínicos, categoricamente formulados, e da funcionalidade operacional puramente pragmática. Porque o singular é inseparável do seu *mundo-da-vida* (Lebenswelt Husserliano), o fenômeno se dá como a verídica expressão do *mundo-de-vida* daquela presença e do seu desenvolvimento *mundano*, o ser em situação. A situação na qual eu me projeto ou sou jogado é a minha concretude, a minha configuração, a minha encarnação. Aqui, a análise existencial de Binswanger introduz o nível ôntico peculiar daquela existência humana concreta, focalizando de maneira particular os domínios da corporeidade e do espaço-temporalidade da experiência vivida. (2007, p. 137)

Nesse sentido, Callieri (2007) refere que as declinações da presença humana têm sido investigadas nos caminhos do amor, da amizade, da agressividade, do encontro interpessoal com os diferentes transtornos psíquicos, dando espaço de reflexão aos aspectos não apenas teóricos, mas também lúdicos. Assim, dá-se possibilidade do estudo sobre a *história interior da vida* da pessoa, no sentido de Binswanger, acentuando uma pesquisa do “*como*” em vez do “*para que*”. Segundo o autor, essa perspectiva abriu horizontes fundamentais para a investigação neurobiológica e neuropatológica, mas que, nesses modelos, escondem a armadilha de um reducionismo sutil, fascinante e convincente que qualquer imagem tendenciosa pode querer influenciar. Já a abordagem antropológica dos fenômenos psicopatológicos pode ser considerada entre as mais empíricas, porém é um empirismo que não é possível do reducionismo, uma vez que não é traçado por fórmulas predeterminadas como aquelas que são encobertas com teorias rígidas da mente e do cérebro. Assim, para Callieri (2007):

Hoje, poderíamos considerar a psiquiatria como o estudo não apenas da distorção da comunicação inter-humana, mas também, e talvez acima de tudo, da *distorção antropológica do encontro*. Dessa forma, temos uma psicopatologia como a ciência que estuda não apenas o homem natural, mas que indaga o ser humano na sua capacidade e incapacidade de se constituir no *nós*, de *declinar-se em reciprocidade*, e o estuda nas suas instâncias vividas do *nós*, nas suas múltiplas formas de declínios no anonimato e no coletivo, onde há um desaparecimento real do parceiro em benefício de sua copresença. O distúrbio psicótico do encontro, seja qual for o motivo (biológico, psicológico, social ou ético), é um distúrbio não apenas temático, mas modal, é realmente uma perturbação do ordenamento do ser, do ordenamento estético, do estar, da perda

fisionômica, mas, e principalmente, a perda da *reciprocidade da flutuabilidade psíquica de tipo grupal*. (p. 146)

Nesta pesquisa, trabalhamos no sentido das palavras de Callieri sobre a necessidade do estudo antropológico psiquiátrico das maneiras distorcidas de junção e reciprocidade interpessoal, que permitem capturar todo o alcance prático e a densidade teórica das formas peculiares de ser, constituídas pelo relacionamento e pela interpessoalidade que existe na reciprocidade de cada encontro.

4.2 Clínica da interpessoalidade

Para Callieri (2007), o nosso compromisso clínico deve compreender empaticamente a palavra que vem até nós durante a sessão clínica. Devemos acolher plenamente a intenção comunicativa, aberta ou velada do paciente, intensa em seu contexto polimórfico de vida, que envolve o seu contexto cultural e social, e que está contido no enredo das suas narrativas. Observamos que a complexidade das condições atuais de vida e sofrimento coloca sérios questionamentos nos sistemas de classificação empírica-analítica-pragmática, no sentido de que cada vez mais autoriza a dilatação do diagnóstico psicopatológico. Já na clínica da interpessoalidade, impõe-se uma linguagem flexível, que pode ser modulada em experiências baseadas na intuição empática. Entendemos que Callieri se refere a essa intuição empática, similar ao que seria a intuição fenomenológica relacionada à clínica, uma vez que já está estabelecida a relação clínico e paciente.

4.2.1 A esfera da inter-relação

Em Binswanger, o *ser-com* não deve perder-se no impessoal ou na própria ipseidade, mas deve se realizar no modo da coexistência, no modo do amor e da amizade. Aqui, na esfera da *inter-relação*, o acesso não pode ser definido como ontológico, mas como acontecimento do evento concreto do encontro, da convivência, da comunidade, a partir do qual encontramos a necessidade de compreender a psicopatologia como uma investigação do fracasso individual do encontro ou da sua impossibilidade radical para se fazer compreender e de se sentir compreendido com ou outro. Dessa forma, Callieri (2007) escreve:

O entre nós constitui o conceito-chave para a compreensão do *acontecer clínico*, que se realiza em diversos níveis, sendo uma verdadeira categoria primordial da realidade humana. A inter-relação não é uma construção conceptual, mas bem é *o lugar real, o suporte que sustem o que acontece entre as pessoas*. Assim, essa esfera de inter-relação não apresenta uma

interrogação contínua, mas se constrói sempre de novo, a cada vez segundo a infinita gama dos encontros humanos cotidianos, de qualquer tipo, da amizade à hostilidade, do amor ao ódio, do programado ao casual. Entre esses encontros, precisamente, estamos com uma grande variedade de perspectivas, mas que não exploram em grande parte a *dimensão dialógica do encontro médico-paciente*, especialmente na psicoterapia. (p. 142)

Podemos observar que a tarefa do fenomenólogo é complexa e pode ser alcançada em diferentes níveis. No entanto, existe um interesse evidente em estabelecer uma profundidade na intersubjetividade através da relação psicoterapêutica com o paciente. Sua principal tarefa é o relato descritivo das características essenciais do mundo do paciente, considerado como um lugar de intersubjetividade. Por exemplo, o meu imediato *ser-no-mundo-vivido* seria a minha vida ou vaga antecipação de futuro, como me projeto nesse futuro, a relação de significado com a minha casa, a família, os amigos, a minha situação de vida, a esperança que sinto ou a falta dela, o amor, o meu sofrimento e o meu *ser-para-a-morte*. Todos esses exemplos são elementos ou temas do *Lebenswelt* e podem ser desvelados de maneira singular através do espaço de intersubjetividade desenvolvido na clínica proposta por Callieri.

4.2.2 O *Lebenswelt* na clínica

Portanto, Callieri (2007) explica que o *Lebenswelt* é a matriz, o substrato da nossa vida. A sua descrição exaustiva constitui o objetivo principal de uma fenomenologia que pretende debruçar as atitudes naturais. Os elementos essenciais do *Lebenswelt* incluem a corpopropriação do espaço-tempo em seu mundo vivido; o mundo como experiência em formação; a encarnação do *eu* e as formas pelas quais o corpo é uma ferramenta para descoberta e articulação de experiência; a situação do *eu*, entendida como a complexidade das atitudes, projetos e interpretações, que constituem a base para o surgimento de qualquer problema e, finalmente, a ação do sujeito como doador de significados, como criador de comunicação. Nas próprias palavras de Callieri (2007):

O psiquiatra, sensível a essa dimensão, arrisca a sua humanidade de uma maneira surpreendente: o seu encontro com mundos alienados leva a penetrá-los, a decifrar a complexidade de cada mundo, sem forçá-los ou empobrecê-los em categorias de diagnóstico pré-concebidos e, muitas vezes, meramente hipotéticos. (p. 153)

Nesse mundo vivido, com o corpo como intermediário do encontro com o outro, a fenomenologia da *interpessoalidade* de Callieri encontra as premissas da sua justificativa: *podemos realmente dizer que existimos juntos*. O eu penso cartesiano deve ser substituído pelo *nós existimos* de uma psicopatologia que quer ser antropológica. É óbvio que esse “*nós*”

apresenta múltiplas formas e contém várias possibilidades que devemos investigar. Esta deve ser a principal tarefa da clínica fenomenológica; já à psicopatologia compete o estudo da deficiência, da alteração e da distorção de tais consciências.

4.2.3 A antropologia do encontro

Conforme visto anteriormente, estivemos trabalhando sobre aquilo que Callieri (2011) denominou como a *antropologia do encontro*, que marca um verdadeiro ponto de viragem no pensamento psiquiátrico moderno, tornando-o mais sensível a instância humana. Nessa forma de compreender a pessoa, a constituição do *nós*, inevitavelmente, antecede a constituição do *eu*. Deve ser esclarecido, em última instância que, mais do que um simples fato, o meu mundo ainda deve ser o nosso mundo – sendo, de novo, a convivência o aspecto estrutural da existência humana. Referente a isso, Callieri (2007) explica:

Como psiquiatras com a intenção de compreender o paciente, devemos sempre colocar nossa atenção na história da pessoa, ou seja, no mundo de experiências daquela pessoa, onde a existência dela está retorcida e a identidade pessoal do sujeito é modulada. Temos que nos propor, como desafio terapêutico, ajudar esses pacientes na sua abertura ao futuro. . . . Aqui o trabalho do psiquiatra é realmente infinito, porque são inúmeros e sempre novos, muitas vezes culturalmente incomuns, os modos de alienação e camuflagem em que se encontra o paciente. (p. 273)

Segundo Di Petta (2007), com Callieri, o clínico torna-se um viajante aos diferentes mundos dos seus pacientes. Com a sua bagagem e interesse em se aproximar do desconhecido, ele se mescla com o estranho sem considerar a posição de alienado daquela pessoa. A *Lebenswelt* esquizofrênica, a maníaca e a melancólica são reduzidas, assim, ao acaso do *ser-no-mundo* de cada um de nós, na possibilidade *própria-de-ser-no-mundo-de-cada-um-de-nós*, avistando-se não através da identificação criteriosa dos sintomas, mas revivendo-se nas dimensões do espaço, do tempo, do mundo e da interessoalidade.

4.3 A corporeidade na clínica interpessoal

Para Callieri (2007), a experiência vivida do corpo próprio investiga um dos nós essenciais da psicopatologia e é um dos problemas mais emocionantes da pesquisa da antropologia fenomenológica. Nas palavras de Callieri:

Experimentando o corpo como consciência subjacente a nós e ao mesmo tempo que nos constitui . . . mesmo quando a objetivação parece mais desejável, a reflexividade

fenomenológica nos leva a recuperar inevitavelmente aquela instância *iuxtaegoica*⁶ inescusável que faz do corpo a experiência essencial da presença-do-mundo. (2007, p. 59)

Essa definição faz com que seja necessário esclarecer a distinção entre “*corpo vivido e mundanizado*” (do alemão *Leib*) e “*corpo anatômico ou compartimento somático*” (do alemão *Körper*). Para Callieri (2007), as duas nomenclaturas expressam essa diferença clássica e fundamental. É no existir através do *estar-no-mundo*, que se move constantemente entre os dois polos de “*ter um corpo*” e “*ser um corpo*”, que chegamos na presença. A primeira dessas experiências acentua o momento reflexivo, já a outra nos leva para o momento pré-reflexivo ou anti-representativo, e constitui a consciência encarnada enquanto *estar-no-mundo*. Essa evidência da intencionalidade do “*corpo vivido*” (*Lieb*) se impõe de maneira a abrimos nosso horizonte *coexistencial* em cada sessão clínica, sempre e quando o clínico estiver implicado através da atitude fenomenológica.

4.3.1 Intersubjetividade mundana do corpo

Nos diferentes transtornos psíquicos, essa dimensão da intersubjetividade se expressa de formas distorcidas através do corpo, profundamente invadida pelas declinações psicopatológicas da existência. Por exemplo, refere Callieri (2007), na sexualidade, dita normal, experimenta-se a consonância de relacionamento, como forma autêntica de se projetar na convivência. Mas isso só é possível quando o corpo não dá impedimentos ou obstáculos. Aqui, o corpo revela-se como pertencente a mim, que tenho disponibilidade completa, não instrumental, mas coexistencial. Referente a uma experiência psicopatológica de corpo, Callieri (2007) escreve:

A distorção mais importante, aqui e ainda mais na desrealização, diz respeito à experiência vivida do espaço próximo, que é impessoal, que congela, que encolhe. O contato com a realidade, com as coisas, é pálido e maçante, perde a vivacidade, está subnutrido e torna-se desesperadamente precário. Mesmo a experiência do tempo, o tempo vivido, é muito alterada, não flui de forma contínua, é fragmentada angustiosamente ao compacto contínuo do vivido. Domina uma inequívoca ambiguidade, que assusta e perturba, e que, às vezes, se projeta no passado, em que a memória parece estranha, tento a ressonância individual da solidão emocional, dissecado desde as raízes. O estranhamento do mundo das memórias, que é típico das pessoas submergidas na melancolia, pode levar a um profundo e mortal desespero e ansiedade, quanto mais a pessoa é plenamente consciente da sua situação, que vive como definitiva e sem alívio. (p. 72)

⁶ Palavra composta do latim, em que *iuxta* quer dizer “perto”; e *egoica*, “ego”. Podemos traduzi-la como sensação imediata e própria, nesse caso, do corpo.

É no encontro corpóreo com o outro, através da amizade, do amor, como também da sensação de estar de maneira provisória, indescritível, suspensa, que são perturbadas as possibilidades de aceder ao contato, mesmo que seja apenas verbal. Callieri (2007) explica que, em determinadas experiências psicopatológicas, o corpo do outro é permeado por uma atonia cinzenta, com movimentos perdidos, sem sentido, não sendo mais um veículo de contato:

Se é verdade – como penso – que o corpo vivido é o lugar da comunicação, do encontro, da *koinononia*⁷ interpessoal, se é verdade que é esse o lugar do apelo dialógico a com-vocação, então não pode haver ninguém que – sendo estudioso do ser humano – pode estar fora da questão da investigação, e ninguém, talvez, possa ser insensível em relação . . . a irrepreensível corporeidade do nosso ser humano. (Callieri, 2007, p. 73)

4.3.2 A palavra

Para Callieri (2007), a palavra tem um corpo, constituído pela conformação da voz e do som expresso. O fenômeno “*palavra*” supera cada forma de dualismo antropológico, sendo uma íntima unidade de corpo e espírito: tons e sons, grau de força e ritmo de movimento. A palavra tem em si a função de comunidade, pelo seu corpo que toca os sentidos, mas que também leva à interpretação. Ao mesmo tempo, representa um significado cultural e comum com os outros, porém, também conforma a individualidade da pessoa que a emprega, dando-lhe um sentido único.

Parece-nos interessantíssimas as questões que a *palavra* pode levantar no âmbito da psicoterapia, uma vez que ela faz parte ativa do tratamento clínico. Através da palavra, entramos na esfera reflexiva do campo da interessoalidade, porém ela também comporta a possibilidade do trabalho entre os campos pré-reflexivos ligados aos afetos e ao corpo. É através da palavra que o indivíduo se toca em ação com a comunidade, com o seu lado transcendental, não apenas ontologicamente falando, mas, sobretudo, no aspecto do seu *pathos* presentificado em ação. Aqui, estamos nos referindo à palavra sentida profundamente pela pessoa, àquela que é possível de ser alcançada através de uma sessão de psicoterapia.

⁷ Do verbo grego *koinonew* (*koinoneo*, participar), *koinonia* indica a comunicação, a íntima conexão e a relação fraterna entre pessoas; trata-se de uma relação humana jurídica-sociológica de solidariedade, de corresponsabilidade, de participação que expressa uma ação comum ou a posse comum de alguma coisa. No grego clássico, também se refere à relação entre divindade e homem.

4.4 O amor

O conceito do amor tem um papel fundamental para compreensão, desenvolvimento e cura da psicopatologia, segundo Callieri (2007). Será no amor que a sociologia e a psicologia moderna podem achar as respostas aos distúrbios emocionais e à agressividade da nossa sociedade. Hoje, a fenomenologia existencial repete na ciência do humano o amor, compreendido como um tema universal. A imagem do amor pode ser entendida como uma das chaves para toda antropologia, como verdadeira ciência do homem. O amor como imagem do íntimo *ser-em-relação*, é a esperança universal, acessível a todos e ainda a expressão mais individual de ser. Em nenhum outro modo de *ser-em-relação*, o próprio se expressa e se torna mais nu, menos velado do que na sua relação através do amor. Callieri (2007) explica:

O encontro com o *outro*, a sua *presença*, revela-me o outro como *eu-no-mundo* – esse é um significado que nunca perceberei no encontro com as coisas. Nesse sentido, referimos que o outro é o meu *companheiro-no-mundo* ou, melhor, o meu *companheiro-para-o-mundo*, tanto no amor como no ódio, na presença e na ausência. (p. 129)

Callieri (2007) conta que a ideia de amor em Binswanger é uma proposta interessante e considera a *preocupação* e o *amor* como duas modalidades existenciais opostas, em que a esperança pertence ao âmbito do amor, assumindo as suas características essenciais. Assim, continua explicando o autor que, para Binswanger, o amor não é apenas paixão, mas é também o afeto profundo que conecta as pessoas na sua intimidade. Mas o amor, que é o valor pessoal por excelência, é também o ápice da mutualidade do *ser-com*, do pensamento binswangeriano *ser-com-o-amor*, no qual o *outro* é o *alter-ego*. Mas deve-se dizer claramente que, dentro do campo dos chamados normais, o encontro no amor também é muito raro, é mais uma tendência do que um evento, é mais percebido como uma ambição do que uma realização. Segundo Callieri (2007):

Apenas aqueles com maturidade psicológica são capazes de amar, e de serem capazes de uma experiência que, ao mover-se no terreno do humano, transcende o envolvimento meramente sexual, emocional, afetuoso e do desejo, constituindo-se em alteridade e comunidade de vida, como também pela gratidão pelo presente, pela doação, que é um ato de renovação constante. Talvez, seja por causa desse pressuposto básico, essencial e exigente, sem peso, mas de muito empenho, que uma psicopatologia do amor é tão problemática, tão pouco determinada, tão difícil de delinear em suas *clínicas* e em suas distorções éticas e sociais. (p. 284)

4.5 A esperança

A palavra *esperança* é um termo que trata de um tema esquisitamente fenomenológico, cuja essência é subtraída de uma definição única. Para Callieri (2007), a esperança representa uma *determinação fundamental da pessoa*, uma atitude existencial básica, uma característica fundamental da historicidade do ser humano. Pode-se dizer que a esperança escapa às determinações físicas e até psíquicas da pessoa. Com a esperança, há uma tendência a superar-se, inseparavelmente ligada a um relaxamento temporal, a uma projeção ao futuro da sua própria existência. Isso implica outro reconhecimento de uma importância inegável: a esperança não está relacionada às experiências criadas e catalogadas, com base nas quais os julgamentos são formados, mas parece estar empenhada na trama de uma experiência de formação. Isso também pode levar-nos a acreditar que o desespero é, em certo sentido, a consciência do tempo fechado, isto é, do tempo como prisão, incapacitante. Já a esperança, em vez disso, aparece como filtrada através do tempo. Tudo então acontece como se o tempo, em vez de fechar a consciência, soltasse algo por si mesmo. Callieri (2007) entende que:

A esperança se coloca em seguida, como *memória do futuro*, como um contínuo *em si em perspectiva* de acontecimentos. O estreitamento da categoria temporal, que é próprio do desespero, é, portanto, considerado o oposto dessa abertura que coincide a esperança com a nossa própria existencialidade. Parece-nos que, se a esperança é buscar plena confiança, constitui-se como uma característica da existência histórica do ser humano, torna-se a experiência da capacidade para ir além do passado e do presente, abordando um futuro significativo. Na sua historicidade, a esperança é um fenômeno especificamente humano. É um sentimento que se refere ao futuro como promessa de realização de valores. É a forma ativa da atitude prometeica, comparável ao amor do futuro. (p. 226)

Callieri acredita que quanto maior o sentido de vida na pessoa, mais viva é a esperança nela. Por outro lado, uma patologia da esperança não é uma patologia dos aspectos formais nem dos aspectos temáticos, estando ligada a única possibilidade em certas formas de existência, ou em alguns modos afetivos que se dão primariamente, tais como a depressão, a tristeza vital, o tédio, a ideia suicida ou o comportamento suicida.

Segundo Callieri (2007), no fenômeno da esperança, podemos apreciar pelo menos quatro aspectos categóricos: *teológico* (transcendente), *mundano* (transcendental), *pessoal* (relacional) e *vital* (biopsíquico básico) – os dois primeiros orientados de acordo com o eixo objetivo, os outros de acordo com o parâmetro subjetivo. O aspecto *teológico* enquadra a esperança no nível dos valores transcendentais, colocando-os em estreita relação com a fé. Captura nele a tensão para a realização do bem supremo. O aspecto *mundano* toca a esperança no nível dos valores transcendentais, isto é, de relacionamento com os outros, em sua

secularização. Captura a tensão da esperança de alcançar bens mundanos (felicidade, riqueza, honra e saúde). O aspecto *pessoal* centra a esperança no âmbito do afeto, no nível da ulterioridade, isto é, valores interpessoais (amizade, amor e fraternidade). Aqui, a esperança está ancorada em um plano antropológico, da coexistência. O aspecto *vital* focaliza a esperança na sua posição biopsíquica, isto é, coloca-se em relação às necessidades básicas do homem e às necessidades da sua satisfação.

Nesse sentido, Callieri (2007) explica que existe a possibilidade de transtorno em cada um desses aspectos da esperança, podendo ser encontrado nos diferentes quadros psicopatológicos. A dinâmica e a experiência de esperança nos quatro domínios previstos mudam profundamente, dependendo de certos momentos cronológicos de existência e de várias condições psicopatológicas. A tentativa de acesso ao fenômeno humano da esperança leva-nos a uma delimitação da esperança nos âmbitos do sentimento e da emoção, mas, mesmo assim, ainda há muito a ser explorado devido aos seus múltiplos sentidos e articulações nos diferentes níveis de compreensão humana. Desse modo, a necessidade de um envolvimento mais válido do fenômeno no nível antropológico é derivada através da concepção tomística da esperança e do ontológico de Marcel. O vínculo entre essas configurações e o biológico-psicológico parece ser o argumento temporal subjacente a todos os aspectos. Devido a sua amplitude fenomênica, Callieri (2007) escreve:

O problema de como compreender a condição de ser-esperança, patologicamente ou não, pode encontrar uma diretiva de solução, em nossa opinião, apenas levando em consideração esta análise multidimensional, embora com a consciência de que a sucessão de um nível categórico para outras coisas nem sempre parecem previsíveis. Enquanto na depressão melancólica é mais fácil capturar o negativo de todos os aspectos da esperança, no esquizofrênico o reconhecimento da esperança em seus vários modos categóricos parece extremamente difícil, por causa da impossibilidade de excluir a autenticidade da inatividade devido à inexistência de uma comunicação interpessoal calorosa. (p. 255)

5. FENOMENOLOGIA DA VIDA DE MICHEL HENRY

Com Michel Henry, vemos a importância dos afetos para uma terapia que contempla o campo pré-temático e pré-simbólico, encontrando-se no registro de sentir a presença do outro, do paciente. Antúnez e Safra (2018) explicam que Henry traz contribuições importantes para compreensão e manejo dos fenômenos que observamos na situação clínica. A fenomenologia de Henry nos auxilia a fundar e a estabelecer um novo lugar, a partir do qual o clínico pode trabalhar, indagar e investigar o sofrimento apresentado pelo paciente, de modo a lhe possibilitar o reencontro com o originário de si mesmo. Antúnez e Safra (2018) destacam a questão do originário, pois, em um tempo dominado por um horizonte técnico, observamos cada vez mais que o sofrimento humano ocorre pela perda do contato com os fundamentos da condição humana. Nesse sentido, o corpo desvela um saber a respeito do outro e de si mesmo, não por meio de abstrações, mas pelo que se revela na sensibilidade de nós mesmos a respeito de si e do outro.

Michel Henry nasceu em 10 de janeiro de 1922, em Haiphong, cidade da Indochina que fazia parte do segundo império colonial francês. Com 7 anos de idade, Henry retornou à França, onde estudou no Lycée Henry-IV de Paris. Em 1943, defendeu sua tese em Lille intitulada *A felicidade de Espinoza*, obtendo o diploma de estudos superiores. Após a defesa, entrou na resistência francesa contra os invasores nazistas durante a Segunda Guerra Mundial. Em 1945, com o fim da guerra, Henry começou a refletir sobre o corpo e descobriu o pensamento de Maine de Biran, escrevendo sobre essa temática até 1948, e, em 1965, lançou o livro *A filosofia e fenomenologia do corpo*. Entre 1946 e 1960, elaborou sua própria filosofia. Em 1960, Henry aceitou um posto como professor na Universidade de Montpellier, obtendo posteriormente o grau de professor titular da Cadeira de Filosofia, onde trabalhou até sua aposentadoria, em 1982. Em 1963, ele defendeu sua principal tese – *A essência da manifestação* – diante de uma banca composta por Jean Hyppolite, Jean Wahl, Paul Ricouer, Ferdinand Alquié e Henri Gouhir. Nos 39 anos seguintes, Henry escreveu diferentes obras de filosofia e romance. Em 3 de julho de 2002, morreu em Albi, França (Antúnez e Safra, 2018).

Antúnez e Safra (2018) relatam que Henry se distanciou dos sistemas filosóficos que esqueciam a essência da vida e se dirigiam aos conceitos representacionais. Com a nova fenomenologia de Henry, que focaliza o modo de manifestação da vida, na esfera da imanência na qual a vida aparece como aquilo que se sente a si mesma, a essência da vida é a afetividade, a autoafecção de si. A fenomenologia da vida não nega a existência da intencionalidade da

consciência, na qual toda consciência é consciência de alguma coisa. Antes, Henry se volta ao que é mais originário da pessoa, a vida que está em si, que nos autoafeta, uma vida não intencional ou fenomenologia não intencional, material (Antúñez e Safra, 2018).

Contemplamos a pertinência e relevância em trazer o pensamento deste filósofo francês, que desenvolveu a sua fenomenologia indo além dos fenomenólogos clássicos, denominando-a Fenomenologia da Vida. Porém, existe uma dificuldade em compreender a Fenomenologia da Vida, bem como os horizontes aos quais ela nos abre: a terapêutica da vida, através do corpo que é um eu. A fenomenologia da afetividade revela-se como ipseidade originária: sentir-se só é possível sob o fundo irreduzível dessa pessoalidade do sentir. Esse é o começo cartesiano relegado que Henry (2009) resgata através da afetividade, desse *pathos* que é o sentir da vida. Entendemos sentir e sofrimento, como explica Safra (2014), como uma forma de saber de si e da vida, pois cada pessoa tem, em seu padecimento, um saber que é histórico e que se apresenta em seu modo de ser e na maneira como seu corpo se dirige ao outro.

Martins (2017) refere que, através da Fenomenologia da Vida, é possível compreender o ser humano como um ser passivo em relação a si mesmo, entregue a si e a tudo o que é experiência, independentemente do seu poder. Em interioridade recíproca do vivo com a vida, pois ninguém é sem ser ligado à prova de si na vida: a prova afetiva da vida faz prova de si ao fazer prova do outro. Então, ninguém é sem o outro. Por isso, não há qualquer consciência de si que não seja originariamente prova afetiva de outrem. Michel Henry, ao inscrever a fenomenalidade da observação dos corpos na forma de vida que procede a essa observação, mais do que devolver-nos ao nosso viver, abre-nos à fenomenalidade da possibilidade originária de nosso viver em relação com o outro, de cujo ser o corpo é expressão. A vida do corpo, na qual a observação se processa, não nos devolve apenas a nós, devolve-nos à experiência originária da transcendência como termo e limite necessário à efetivação de todo o viver.

A vida do corpo, o seu movimento e seu pulsar, diz Michel Henry, é vivenciada na modalidade de uma intencionalidade *sui generis* (Henry, 1965, p. 2, citado por Martins, 2017). Intencionalidade *sui generis* experiencia o limite como o não intencionado que, transcendendo-a, a torna possível. O não intencionado possibilita o movimento e as intencionalidades *sui generis* do meu corpo, limite que permite experienciar-me porque me devolve a mim e, ao mesmo tempo, me abre ao que me transcende, ao que transcende esse corpo que eu sou. Que é, segundo Martins (2007) o limite que me abre à vida em mim e à vida em outrem. A vida, ao fazer prova de si neste corpo que sou, torna possível quem me abra a ela, em seu advir não intencionado que valida os meus movimentos intencionais quaisquer que eles sejam: exercício dos poderes do meu corpo – ver, escutar, falar, andar, abraçar, repelir, contornar, acariciar,

brincar, jogar ou trabalhar. Nesse exercício dos poderes do meu corpo que habito o mundo, como comunidade que torna compassível o meu ser, bem como tudo o que, pela sensibilidade, me é dado viver.

A Martins (2017) explica que a experiência originária de mim é uma experiência comunitária irreduzível à experiência mãe-bebê. A intencionalidade husserliana é, fenomenologicamente, antecedida por uma intencionalidade *sui generis* inerente aos poderes transcendentais do corpo, que se estende e impregna todas as outras intencionalidades e determinações da vida singular. E é ainda essa intencionalidade *sui generis* da vida do nosso corpo que nos abre à dimensão comunitária de todo o nosso viver e que consiste no modo originário de o nosso corpo habitar o mundo e ser habitado pelos outros corpos no mundo. A intenção é fazer uma reflexão sobre os principais pontos da fenomenologia da vida de Michel Henry, mostrando a sua pertinência no campo da psicologia clínica.

5.1 Conceitos da Fenomenologia da Vida pertinentes à clínica

Henry desenvolve uma fenomenologia que focaliza o modo de manifestação da vida, na esfera da imanência de que a vida aparece como aquilo que se sente a si mesma. Para Henry, a essência da vida é a afetividade, a autoafecção de si. Antúñez e Safra (2018) referem que os principais temas abordados pela fenomenologia da vida são: a duplicidade do aparecer; a vida enquanto autorrevelação; a dinâmica do *pathos*; autoafecção como essência da afetividade; o corpo; a ipseidade do sujeito; a relação com o outro; e a imanência. No decorrer deste capítulo, trabalharemos alguns destes conceitos e como eles podem nos ajudar a aprofundar compreensivamente o campo da interessoalidade criada durante cada encontro clínico.

5.1.1 *Pathos e corpo encarnado*

Henry (2009) explica que, no centro de toda vida intencional, é posto em evidência um momento não intencional em que a vida se depara com o seu próprio enigma: o sofrer originário, ou *pathos* no qual advimos à vida e ao qual aderimos ou do qual, inutilmente, procuramos fugir. A fenomenologia desse movimento da vida que gera toda a intencionalidade, contudo, escapando-se-lhe, é a possibilidade de uma vida sã ou insana. Não há outro modo de conhecermos as nossas ações ou nosso agir senão pelo sentir. Aqui, é o corpo, a fenomenalidade do corpo vivo, corpo que sente, ou como Henry denomina “doação originária do meu ser e dever ser”, a possibilidade originária de ser eu mesmo na e por essa doação originária. É o sentir

que permite conjugar, na fenomenalidade da ação, o poder ser e o dever ser. Através do *pathos*, Henry desenvolve a sua reflexão do campo pré-reflexivo prévio a qualquer fenomenalidade intencional da consciência.

Henry traz a questão da dor e do sofrimento da vida para o plano fenomenológico. Entendemos que a fenomenologia não se interessa pelas coisas, mas pelo seu modo de aparecer – o “como” aparecem, o “como” se revelam (“o aparecer do mundo e o aparecer da vida”) –, importa ver se estes dois modos de aparecer se equivalem, no que diz respeito aos fenômenos da dor, ou se são irreduzíveis um ao outro (Henry, 2009). Mas em que consiste a revelação, ou a doação de si da vida, na qual a dor se revela a si mesma? Segundo Henry, a revelação da vida consiste em duas coisas: “por um lado, a vida não é um processo cego nem inconsciente, é ela que efetiva o ato originário da revelação; por outra parte, é ela o revelado neste ato originário que se efetiva na vida” (Henry, 2009, p. 25). Assim, a minha dor advém como revelação da vida em mim e como revelação de mim nela mesma.

Com ipseidade, Henry denomina a dor que é minha, isto é, nenhum sentimento deriva de um processo impessoal. Também denomina a ipseidade como a teoria da geração de um si real, que coloca a fenomenologia da vida no polo oposto das denominadas “crises do sujeito”, já que não é uma questão de identidade que se vivencia – muito pelo contrário, o eu, como diz Henry, vivencia-se a si mesmo mais do que nunca no desespero ou na depressão: “Porque o desespero se processa na vida e a ela diz respeito; o desespero é sempre do eu e, mais ainda, um desespero de si mesmo do eu” (Henry 2009, p. 26). A vida não é um processo anônimo, daí a necessidade de uma fenomenologia da vida que dê conta desse processo.

Segundo Ossa Acharán e Antúnez (2018), com Henry reconhecemos que o *ser* é afetado pela vida a todo momento, sendo isso anterior a qualquer intencionalidade possível da consciência, anterior a qualquer comportamento, por isso originária de forma radical. Aceitando esse campo não intencional que todo *ser* é constituído primordialmente, então é imprescindível abrir espaço para trabalhar esse campo no tratamento clínico. A ideia do sofrer primitivo, que representa a fruição da vida, fica compreensível através da seguinte citação de Henry (2014b):

O que se realiza na passividade radical do sofrer, por conseguinte em toda a tonalidade sofredora, na impossibilidade de o sofrimento escapar de si, é precisamente a sua vinda a si, ao seu ser dado nessa prova de si, que é a constituição de si, o aparecer do sentimento em si no fruir e na alegria. Aqui, revela-se a nós a segunda tonalidade fenomenológica fundamental da vida. Se é no sofrer que a vida vem a si, então é nele que, provando-se, ela se frui de si O fruir copertence à possibilidade transcendental de se provar que é constituído do viver. A esse título é até uma tonalidade fenomenológica fundadora do mesmo modo que o sofrer do qual resulta e com o qual se identifica. Sofrer e fruir, sofrimento e alegria, na sua possibilidade originária, conjunta e indistintamente, compõem e designam o modo de fenomenalização da vida na sua própria fenomenalidade, a efetividade da sua *Parussia* (p. 39).

A fenomenologia da vida mostra, assim como é, que a doação afetiva não é um mero efeito da vida em nós: no poder em que somos investidos a experienciamos como este si efetivo que sou, um si que é, por isso, pessoa enquanto tal, tornando-se ele mesmo possibilidade efetiva de ação. O afeto não pode ser visto como efeito de uma causa, pois ele é a matéria fenomenológica da vida na qual sou investido neste corpo vivo, no qual sou possível e por isso não me posso libertar dele (Henry, 2014a). A vida é irrepresível, nas modalidades do sofrer e do fruir: investimos numa ou outra modalidade; operamos a passagem de uma à outra, nessa trama interna em que todas as relações se tecem. O sofrimento não é um afeto causado por um acontecimento estranho a si, mas revela esse modo originário de eu ser nessa situação concreta em que me encontro (Henry, 2009).

Assim, para Henry (2014a), a fenomenologia moderna contribuiu para a descoberta desse corpo subjetivo, em vez de se ater a consideração tradicional do corpo como simples objeto, mas este corpo subjetivo apenas obtém a noção de ganhar vida perante o corpo biológico, porque, antes de tudo, o corpo mantém a todo momento um campo interpessoal para se relacionar com o mundo. Certamente, trata-se de pôr na origem um sujeito que é um corpo, *encarnado*. A vida mostra que o que se revela jamais está fora dela, no exterior a ela, mas se manifesta a si mesma. De modo que a revelação da vida é uma *autorrevelação*. O modo fenomenológico de revelação em que a vida consiste é um *pathos*, a afetividade e impressionalidade pura, essa autoafeição radicalmente imanente que é nossa *carne*. A modalidade *pática* constitutiva de cada dimensão pessoal é essencialmente *não ótica*. Neste sentido, Henry ajuda a compreender com profundidade como o *outro* experiencia a sua vida:

A vida revela a carne, engendrando-a, como o que nasce nela, formando-se e edificando-se nela, extraindo sua substância, sua substância fenomenológica pura, da própria substância da vida. Uma carne impressional e efetiva, cuja impressionalidade e afetividade não provêm jamais de outra coisa senão da impressionalidade e da afetividade da própria vida (Henry, 2014a, p. 178).

Trata-se de mostrar que o processo terapêutico só se efetiva no processo de adesão a si mesmo, inscrevendo na sua vida todos os atos de adesão da subjetividade às circunstâncias concretas. Michel Henry põe em evidência as condições de potencialização da vida originária, de modo que o poder de modalização das tonalidades afetivas da vida é reportado à essência recortada, determinada, nesta trama originária de si com a sua situação (Henry, 2009). É na necessidade originária de nosso poder ser que Henry inscreve a ética, ou seja, a necessária possibilidade do dever ser. Dessa maneira, Martins (2017) refere que a validação do nosso agir dá-se na vida, no vínculo pelo qual a vida se supera e nos supera: nela *pathos-com*. A fenomenalidade desse vínculo manifesta originariamente o nosso ser como ser comunitário:

pathos-com, e, neste, somos nós mesmos, revelando a verdade de nós mesmos. Somos a verdade desse vínculo. Nele, expressam-se os nossos mais íntimos desejos e tecem-se os fios de nossas biografias, porquanto elas são instalações do processo da vida em nós e de nós nela.

5.1.2 Corpopropriação

Na clínica, usamos a linguagem na qual se valoriza o verbo e sua verbalização, verbo como palavra de ação, de movimento, tanto do campo afetivo e sensível como de toda afecção do fruir que é o viver. De acordo com Henry (2014a), a linguagem é um revelador, é uma manifestação de si para alguém. Revela parte do sofrimento. Já o sofrimento,

para aquele que sofre, nada pode atacar seu sofrimento. O sofrimento não tem portas nem janelas, nenhum espaço fora dele ou nele oferecido à sua fuga Sem escapatória possível. Entre o sofrimento e o sofrimento não há nada. Para aquele que sofre, enquanto sofre, o tempo não existe (Henry, 2014a, p. 87-88).

Isto é, a vida de cada um é uma vida encarnada: a pessoa não é um conceito abstrato nem o corpo um acidente da alma (Antúñez, Colombo, Santoantonio, Ossa Acharán, & Acúrio, 2018). Por consequência, na fenomenologia da vida, rompe-se o estatuto de indeterminabilidade do corpo, porquanto uma vida encarnada é sempre uma vida que sente, a cada vez, uma tonalidade afetiva que a singulariza e, ao mesmo tempo, nela se rompe o caráter mudo da subjetividade, porque uma vida encarnada é uma vida em que o outro, ao dar-se como afeto, se dá na intimidade constitutiva do sentimento (Antúñez, Martins, & Ferreira, 2015).

Em *Sufrimento e Vida* (2014b), Michel Henry mostra como vida e sofrimento são indissociáveis. Em uma das descrições sobre o sofrimento, afirma que:

O sofrimento não é afetado por outra coisa, mas por si mesmo, é uma *autoafecção* no sentido radical de que é afetado, e o é por si mesmo. Ele é ao mesmo tempo o afetante e o afetado, o que faz sofrer e o que sofre, indistintamente. É o sofrimento que sofre. Ele não se encontra na superfície de uma pele que não é ele. O sofrimento não sente nada, sentir-se é sempre abrir-se a algo outro. O sofrimento não sente nada outro, mas tão só a si mesmo. “Sentir seu sofrimento” é uma expressão imprópria. Implica uma relação com o sofrimento. (Henry, 2014b, p. 88).

Observamos que o sofrimento não se relaciona com ele mesmo, sofre-se a si mesmo, daí uma inversão fenomenológica do modo de pensar de Michel Henry e sua fenomenologia não intencional, a vida (e o sofrimento) não tem intenção alguma, mas é nossa consciência que busca o sentido para vida, daí a importância da clínica (Antúñez et al., 2018).

Henry entra no campo da corporeidade e do sentir, que está sempre presente em cada sessão de psicoterapia, no sentir da vida que é exposta na relação terapêutica. Michel Henry toca essas temáticas de forma profunda, mostrando a importância daquilo que é mais concreto

e material da vida: o corpo. Aqui, o clínico não é aquele que contém o saber e que vai curar o paciente, mas o próprio paciente é quem vai explorar o conhecimento que está nele, no seu próprio ser, no seu corpo, no seu sofrimento, sendo acompanhado pelo psicoterapeuta. Uma vez que, para Henry (2012), o corpo é uma experiência interna transcendental, é um saber imediato de si. Deve-se ver que a experiência imediata do corpo não nos revela nada além dela mesma. Mas é nessa relação com o corpo que podemos nos apropriar ou, melhor dito, *coapropriar* do sofrimento, Henry explica que:

a relação pela qual o ser mantém junto a si o homem é identicamente a relação na qual o homem mantém o ser junto a si. Essa relação é a relação entre o pensar e o ser, sua copertença originária, a coapropriação (um acontecimento de apropriação) . . . o que há de mais interior, nesse homem e em sua humanitas, é uma exterioridade radical, a “subjetividade” desse “sujeito” é a do “mundo”, o que é “mais ‘objetivo’ possível” (2009, p. 137).

Assim, Henry (2012) discute que é por essa via que o corpo é originariamente um saber. Ele é um poder, mas esse poder é um saber imediato de si, um saber que não pressupõe que já nos esteja aberto o horizonte da verdade do ser, mas que, ao contrário, é o fundamento e a origem dessa verdade. Martins (2017) explica que reportar à vida todas as afecções do nosso corpo é apercebê-las, do ponto de vista da vida, e vê-las desse ponto de vista é corpopropriá-las. Mas corpopropriar as afecções da vida que as ciências biomédicas expressam implica um diálogo interdisciplinar: diálogo entre fenomenologia e ciência, e vice-versa.

Entretanto, e sobretudo, é a fenomenalidade do nosso viver que abre a vida que vivemos num corpo dotado de sentidos. Não apenas os sentidos da visão e da marcha, mas de todas as nossas atividades – querer, desejar, amar, odiar e julgar, pois todas elas são originariamente vividas enquanto sentidas em nosso viver. É também enquanto sentidas que as provamos como pertencentes às afecções da vida do nosso corpo, um corpo vivo. Daí, explica Martins (2017) que seja a vida do corpo, pelo sentir, não apenas a afirmação dos poderes do meu viver, mas seja ainda o contraditório do processo do meu viver, a sua validação: validação fenomenológica, epistemológica ou outras – estética, política, econômica ou ética. Considerado, ao ver de Martins, o maior contributo da Fenomenologia da Vida para resolução das aporias entre sensibilidade e razão, a cargo quer da fenomenologia, quer de outras áreas da filosofia, bem como da cultura: as afecções da vida, mais do que quebrar o silêncio dos sentidos, transportam consigo a razão dos sentidos. Ou seja, o bebê faz prova de si muito antes de se sentir a si mesmo sensível a isso ou àquilo. Antes da abertura ao mundo, o bebê abre-se à vida, vida afetada originariamente no corpo: o corpo que somos.

Para Henry, aquém de todas as máscaras do nosso viver, ainda que sem rosto, há a ipseidade de um viver no qual ninguém está só: depois das máscaras, fica a vida em nosso viver.

Henry diz que as circunstâncias ou as condições históricas ou sociais determinam por completo o indivíduo de modo bem mais essencial do que as propriedades objetivas das coisas, porquanto elas são vivências originárias afetivas provadas e sentidas por cada indivíduo. Mas não diz apenas isso, diz ainda como é que, a partir da afetividade, é possível transubstanciar aquilo que, assim, tão profundamente, nos afeta. Martins (2017) explica que, para Henry, a palavra-chave para essa transformação é corpopropriação, que significa que a nossa adesão aos processos da vida não é uma adesão automática, pelo contrário, requer de nós criatividade e engenho para superar os próprios limites. Limites provindos também do olhar de outrem atravessado de desconforto em relação à estranheza da nossa imagem ou do nosso comportamento.

5.2 Operacionalidade da clínica através da fenomenologia da vida

Com Henry, podemos observar pontos fundamentais da clínica que é desenvolvida nesta pesquisa, indo ao encontro daquilo que é mais íntimo e originário do ser, já que é, segundo Henry (2009), na própria fenomenalidade da vida que ela se cumpre como ipseidade, uma vez que o aparecer se aparece a si mesmo em uma autoafecção imediata e sem distância, de tal modo que, afetando-se a si mesmo e constituindo-se ele mesmo o conteúdo de sua autoafecção, é como tal um *Si* – o *Si* da ipseidade e da vida. Entender a fenomenalidade do ser humano significa entender aquele que se conhece vivendo num corpo dotado de sentidos, pelo que implica situar-se no âmbito da fenomenalidade do sentir-se, que é, em si mesmo, tessitura relacional *a priori*, comunitária, e por isso resistente à qualquer redução fenomenológica – isto é, compreender o humano em seu agir originário, no qual, com as suas possibilidades, se revelam seus limites e dificuldades e que são a matéria do trabalho clínico. Observa-se a importância em dar o devido valor para tudo aquilo que o paciente apresenta, sem sobrepor qualquer tipo de teoria explicativa, mantendo-nos nessa apropriação de abertura à ipseidade daquela pessoa, mas, ao mesmo tempo, dar o espaço relacional para que o próprio se aproxime e revele o seu campo afetivo e sensível. Pois, como refere Henry:

A vida é aquilo que faz a prova de si mesma e tudo aquilo de que ela faz prova, tudo o que a afeta só a afeta sob essa condição prévia: que ela se afete a si mesma em si . . . e só o que está vivo pode ser afetado pelo que quer que seja de outrem e pelo mundo (2009, p. 117).

Então, o clínico tem que ter a sensibilidade de transformar em palavras o que é vivido de forma sensível durante a sessão, indo no sentido de uma exploração a dois e sendo construído na relação, na sua interpessoalidade, o saber daquilo que a pessoa precisa, indo além do campo apenas afetivo, mas incluindo as modalizações de um campo de intercorporalidade. Antúñez e

Safra (2018) explicam que a experiência do paciente precisa ser acompanhada pela experiência afetiva do terapeuta. Compreende-se o paciente pelo que a nossa carne revela sobre o paciente. Nessa perspectiva, o clínico necessita ser alguém enraizado em si mesmo, capaz de navegar nas disponibilidades afetivas que ocorrem na interioridade de si.

Nota-se que, neste trabalho clínico, não há uma técnica, mas, sim, uma atitude essencial e autêntica por parte do clínico, que vai aproximá-lo compreensivamente ao outro. Nesse sentido, Florinda Martins refere, no prefácio da obra de Henry, indo totalmente de encontro com esta prática clínica:

A minha dor advém na vida como revelação da vida em mim e como revelação de mim nela mesma. O poder de a conhecer está nela, e não num processo qualquer de objetivação, como naturalmente a referimos a uma parte específica do nosso corpo. Este processo funda-se naquele, e não podem ser confundidos um com o outro, se quisermos perceber a dinâmica interna da vida e do nosso agir nela, agir no qual tem lugar o processo terapêutico (Martins, 2009, p. 25).

Outro dos pontos fundamentais da prática clínica fenomenológica é que, para poder aproximar-se compreensivamente do paciente, o psicoterapeuta precisa ser genuíno e autêntico na sua forma de estar durante a sessão, na sua atitude. Quando estou praticando a clínica, não estou atuando apenas como clínico, mas também está em jogo a minha própria ipseidade, estou comprometido, engajado e implicado em cada sessão. A minha ipseidade também está presente no momento das sessões, só que tenho consciência em direcionar as minhas ações e intervenções naquilo que a pessoa vai demonstrando que precisa, em aspectos relacionais, e sempre fundamentado pela ética profissional. Assim, o paciente vai reconhecer que o terapeuta está lá também como pessoa, sendo ele autenticamente, e não apenas como um profissional que vai aplicar alguma técnica. Isso tem um impacto extremamente positivo para estabelecer o laço relacional, possibilitando uma psicoterapia de compreensão e cuidado para que o paciente se sinta à vontade e com coragem para explorar aspectos da sua vida que lhe causam sofrimento. Já que, nesse momento, ele não está mais sozinho no seu sofrimento, está acompanhado de um cuidado e acolhimento humano.

A clínica operacionalizada pelo método da fenomenologia de Michel Henry mostra que não há uma necessidade primordial de um método para ir em direção ao aparecer que está diante de nós, pois tal aparecer vem para nós e se faz conhecer por si mesmo, em sua presença e em suas expressões verbais. O modo de aparecer é distinto de focalizar um objeto, daí a intuição doadora de sentido ser um modo de doação que precisa na clínica ser contemplado, cuidado e dialogado. Além do que se revela visível diante de nós via intencionalidade, existe outro modo de revelação, a não intencionalidade, aquilo que é invisível e que não está na exterioridade, mas na vida que está em cada um de nós (Antúñez et al., 2018).

Henry mostra a importância dessa psicoterapia dos afetos, uma terapia que contempla o campo pré-temático e pré-simbólico, encontrada no registro do sentir. Ela está no campo da corporeidade do sentir em cada encontro clínico, no sentir da vida que é exposta na relação terapêutica. O clínico acolhe o processo de encarnação sempre presente no paciente, por meio do qual o novo busca ser gerado. O trabalho, aqui, não acontece só como processo de resignificação, mas, sobretudo, como acolhimento do que busca nascer no sentir do paciente, para, em seguida, ocorrer a modulação de seus afetos. Michel Henry toca essas temáticas de forma excepcional, mostrando a importância daquilo que é o mais concreto da vida, o próprio corpo, o sentir da carne que faz de nós vivos uma contínua transformação, pelo fruir desse corpo que nunca deixa de sentir. Para Henry:

A vida revela a carne engendrando-a, como o que nasce nela, formando-se e edificando-se nela, extraíndo sua substância, sua substância fenomenológica pura, da própria substância da vida. Uma carne impressional e efetiva, cuja impressionalidade e afetividade não provêm jamais de outra coisa senão da impressionalidade e da afetividade da própria vida (2014a, p. 178).

Ressaltamos a importância para os clínicos de poder se corpopropriar de seus pacientes, de seus sofrimentos nos cuidados terapêuticos, através de reflexões intuitivas no diálogo e nos encontros, podendo expressar os acontecimentos das modalidades afetivas relacionais. Antúñez et al. (2018) referem que os resultados da sua pesquisa mostraram as potencialidades que o método fenomenológico, criado por Michel Henry, operacionalizado nas relações clínicas, pode promover para que um corpo doente possa ser humanizado na relação clínica, tendo possibilidade de vislumbrar a encarnação de vivências, para além de um corpo funcional e biológico, ampliando, assim, a mobilidade afetiva, do sofrer ao fruir de si. No entanto, é preciso ter cautela, já que tais resultados não são definitivos, pois se a relação não tiver sustentação e continuidade ao longo de um tempo vivido que seja necessário ao(s) paciente(s), dificilmente se conseguirá estabilidade em transformações (Antúñez et al., 2018).

As riquíssimas contribuições da fenomenologia da vida de Michel Henry na operacionalidade da psicoterapia auxiliam a recuperar a memória dos fundamentos da condição humana. No trabalho clínico, estamos diante do sofrimento do outro, buscando em nós o testemunho de sua dor vivida sem o rosto compreensivo do outro. A dor do nosso paciente é uma modalidade de acessar um saber sobre a existência humana, que busca ser desvelado na presença do outro. Cada processo clínico não só demanda o acolhimento e a modulação das experiências afetivas, mas também a possibilidade de favorecer o processo de encarnação do paciente, de modo que as suas palavras possam se constituir como linguagem recriada. Para Antúñez e Safra (2018), não é simples suportar e acolher a condição originária do ser humano,

já que ele busca evadir-se de diferentes modos do sofrer primitivo, e, nesse processo, põe em risco a própria constituição de si mesmo. Contudo, a presença do outro lhe outorga a modulação do afeto e a poesia que nasce de sua carne.

Segundo Antúñez e Safra (2018), na situação clínica, a pessoa parece conceber a dimensão do sagrado a partir da matriz decorrente das diferentes experiências que trouxeram a metamorfose do si mesmo, por meio da vivência de encanto e poesia. O olhar hospitaleiro do outro acolhe o verbo que se faz carne, eclodindo como afeto que eventualmente se faz palavra poética. O sofrer primitivo acontece como indomado diante do qual o homem encontra o sentido mais profundo de ser criatura, e o caminho possível é a sua modulação, sua transformação por meio do abraço e da linguagem (Antúñez e Safra, 2018). Para finalizar este capítulo, uma reflexão de Henry sobre a vida e o fruir das suas tonalidades afetivas faz-se importante:

A contemporaneidade do sofrer e do fruir na essência originária da vida explica a dicotomia da afetividade; explica a partilha enigmática entre as tonalidades negativas e positivas da nossa existência. Tal como as primeiras, as múltiplas nuances que elas apresentam – do desprazer, do desagradável, do mal-estar, do penoso às formas extremas da dor aguda, do sofrimento insuportável e ainda do desespero –, encontram a sua possibilidade fenomenológica no sofrer primitivo que copertence à prova da vida, também as segundas, as tonalidades ditas positivas, com as suas múltiplas modulações – do agravável, da satisfação, da saciedade, do prazer, da alegria, da felicidade e da beatitude –, enraízam-se no fruir primitivo no qual a vida se prova na plenitude da sua presença; elas apenas são, a bem dizer, os diversos modos em que essa vida se cumpre (Henry, 2014b, p. 40).

6. MÉTODO

Foram apresentados três estudos de caso de pacientes com TPB. A coleta de dados foi analisada através do método fenomenológico em pesquisa qualitativa.

Levantamos a hipótese de que a clínica desenvolvida pelo modelo da psicopatologia fenomenológica, baseada em Binswanger e Callieri, para o tratamento psicoterápico, somando a operacionalização da fenomenologia da vida de Michel Henry no tratamento clínico, pode impactar positivamente pacientes com TPB, uma vez que é valorizada a aproximação na relação terapêutica com base na compreensão do sofrimento do paciente, ressaltando os aspectos individuais e biográficos da pessoa, trabalhando, também, o campo da interpessoalidade que se desenvolve em cada encontro psicoterápico.

6.1 Objetivos

6.1.1 *Objetivos gerais*

O primeiro objetivo geral desta pesquisa foi realizar três estudos de casos, explorando os acontecimentos e as mudanças que aconteceram, tanto nos pacientes como na relação terapêutica, baseado nas contribuições da clínica desenvolvida pelo modelo da psicopatologia fenomenológica de Ludwig Binswanger e Bruno Callieri, somando a operacionalização da fenomenologia da vida de Michel Henry no tratamento clínico psicoterápico.

O segundo objetivo geral foi avaliar as mudanças ocorridas nos pacientes durante o tempo de tratamento psicoterapêutico, as quais foram mensuradas através do instrumento *OQ 45.2*.

Nosso terceiro objetivo geral foi descrever a possibilidade de encontrar fenômenos comuns manifestados em todos os pacientes, que podem ser considerados a essência do TPB, dentro das devidas limitações de um estudo qualitativo.

6.1.2 *Objetivos específicos*

Avaliar as contribuições da literatura sobre a psicopatologia fenomenológica através das categorias universais do *ser-no-mundo*, ou seja, como o paciente vivencia sua corporeidade/espacialidade, sua percepção temporal, seu campo relacional e seu campo transcendental (motivações, sentido de vida e espiritualidade).

Avaliar as contribuições da literatura sobre a psicopatologia fenomenológica no quesito do campo da interpessoalidade que é apreendida na presença do paciente em cada encontro psicoterapêutico. Esta categoria foi avaliada através de três campos: a relação terapêutica; a intuição fenomenológica (ações do psicoterapeuta guiado pela atitude fenomenológica que se estabelece na presença do paciente) e as mudanças do paciente durante as sessões.

6.2 Aplicação do Método

6.2.1 Casos clínicos

Foram selecionados três pacientes para a realização do estudo de caso de cada um deles, diagnosticados com TPB por médicos psiquiatras, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da São Paulo (IPq-HCFMUSP).

6.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

- Critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de TPB; idade entre 18 e 45 anos⁸; pacientes que foram capazes de escrever e seguir as instruções dos protocolos, assim como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Critérios de exclusão: pacientes com idade superior a 45 anos e inferior a 18 anos; pacientes com deficiência intelectual ou neurológica graves.

6.2.3 Instrumento

Selecionamos a *Escala de Avaliação de Resultado (Outcome Questionnaire – OQ 45.2)* como um instrumento que nos entregou outros dados que complementam a observação qualitativa do pesquisador para apreciar o processo psicoterápico. O instrumento foi adaptado para o Brasil por Carvalho e Rocha (2009), sendo avaliado por Silva (2013), sendo um dos métodos mais utilizados entre os profissionais norte-americanos que objetivam, através de pesquisas ou na sua prática clínica, a avaliação de resultado de processos psicoterapêuticos (Hatfield & Ogles, 2004). Desenvolvido por Lambert, Lunnen, Umphress, Hansen e

⁸ Devido às características de diagnóstico da American Psychological Association (APA, 2014), referidas no capítulo 5 deste trabalho.

Burlingame em 1994 (Lambert & Finch, 1999), o *OQ 45* tem a intenção de avaliar três níveis distintos: 1) mensurar a dimensão do sofrimento psíquico no momento da aplicação do instrumento; 2) avaliar resultados do antes e após as sessões do tratamento psicoterapêutico; 3) acompanhar, por meio de um instrumento padronizado, a tomada de decisões, por parte do psicoterapeuta, para melhorar a qualidade do tratamento (Lambert et al., 2004).

O modelo de medida proposto por Lambert (1983), para avaliar o progresso do paciente na psicoterapia, deve ser aplicado visando a três aspectos da sua vida: o desconforto subjetivo, as relações interpessoais e o desempenho do papel social. Segundo Silva, Alves, Peixoto, Rocha & Nakano (2016), o desenvolvimento e a seleção dos itens para o *OQ 45* foram determinados por uma série de considerações. Primeiramente, foram selecionadas questões relativas a disfunções ou problemáticas mais frequentes em uma vasta variedade de distúrbios. Em seguida, foram desenvolvidos os itens que abordavam os sintomas com maior probabilidade de ocorrência, sem a discriminação da particularidade dos problemas. Na última etapa, foram escolhidos os itens que avaliavam características pessoais e sociais relevantes quanto à qualidade de vida. A partir dessas considerações, os itens foram agrupados teoricamente em três subescalas denominadas: Desconforto Subjetivo (DS), Relações Interpessoais (RI) e Papel Social (PS) (Lambert et al., 2004).

Segundo o estudo de Silva et al. (2016), o instrumento *OQ 45.2* apresentou boas propriedades psicométricas para avaliação da população brasileira, mostrando-se promissor para uso profissional e em pesquisas.

6.2.4 Procedimento

Os pacientes foram, primeiramente, atendidos por um médico do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPQ-HC), para assegurar a presença do diagnóstico de TPB, segundo os critérios do DSM-5. Os pacientes receberam tratamento farmacológico e acompanhamento psiquiátrico.

- 1º momento: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – após receber informação sobre o tipo de pesquisa e o processo terapêutico, os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; uma cópia foi dada para o paciente e outra de igual teor, para o investigador (Anexo A).
- 2º momento: aplicação do instrumento *OQ 45.2* – antes de começar a psicoterapia. A aplicação foi feita por um pesquisador diferente do que realizou a psicoterapia, com a intenção de não influenciar a relação terapêutica iniciada após esta etapa.

- 3º momento: início da psicoterapia – início ao processo psicoterapêutico, com uma duração de um ano e frequência de uma vez por semana, no ambulatório do IPq. O instrumento *OQ 45.2* foi aplicado, novamente, após os seis primeiros meses e, uma terceira vez, ao fim de um ano de terapia.
- 4º momento: entrevista devolutiva – foram apresentados os resultados da avaliação feita pelo instrumento *OQ 45.2*, como também as principais mudanças que o pesquisador observou na paciente durante o tempo de psicoterapia. Houve uma discussão com o paciente sobre a possibilidade de realizar mais seis meses de psicoterapia, podendo ser prolongado caso seja necessário.

6.2.6 Descrição da Psicoterapia

Todos os pacientes da pesquisa passaram por psicoterapia individual durante o período de um ano. As sessões tiveram frequência de um encontro por semana, com uma hora de duração.

A partir desses encontros, o pesquisador construiu um diário de campo, para anotar as observações mais pertinentes e significativas sobre cada um dos atendimentos realizados, podendo descrever as dificuldades, as percepções pessoais, os sentimentos despertados, as mudanças percebidas no paciente, as mudanças na percepção da relação terapêutica, entre outras situações que possam surgir durante as sessões. Esse diário teve a função de dar suporte no momento de descrever os casos clínicos e como material das experiências do pesquisador.

6.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi enviado a Plataforma Brasil e direcionado à Comissão de Ética do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPQ-HCFMUSP), sendo aprovado em 29 de março de 2018 (Anexo A). Todos os pacientes desta pesquisa assinaram o termo de consentimento antes de participar das entrevistas e do tratamento, após terem sido cuidadosamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo (Anexo B).

6.4 Método fenomenológico de pesquisa qualitativa

Neste estudo, foi utilizado o método qualitativo de pesquisa, onde foram analisadas as experiências que o pesquisador vivenciou no contato com as pessoas que participaram da pesquisa. Segundo Andrade e Holanda (2010), a pesquisa qualitativa não corresponde somente a uma definição instrumental, ela é epistemológica e teórica, e apoia-se em processos singulares de construção de conhecimento. O pesquisador que, em geral, focaliza simplesmente a diferença metodológica, distingue o qualitativo e o quantitativo somente no plano das técnicas (Holanda, 2006, 2002; Bruns & Holanda, 2003; González Rey, 2005; AmatuZZi, 1996). Segundo Petrelli (2005), a fenomenologia é a ciência que se aplica ao estudo dos fenômenos: dos objetos, dos eventos e dos fatos da realidade. De acordo com o autor, ela oferece “uma verdade, em partes e em momentos, e nunca na sua transparência total, pois é a dúvida, e não a certeza, que nos motiva à busca incessante da verdade” (p. 12). Faz-se necessário lembrar que “a verdade é um movimento em constituição, não um estado” (Moreira, 2004, p. 449), pois a fenomenologia busca o retorno aos dados primordiais da experiência (Dartigues, 2003; Moustakas, 1994). Uma vez que os fenômenos são sempre anteriores às teorias e aos conceitos, o que é dado na percepção de uma coisa é sua aparência e as aparências são sempre aparências de alguma coisa. Dessa forma, segundo Andrade e Holanda (2010), os fenômenos são primários e têm natureza própria.

A diferença das ciências experimentais ou objetivas, por uma parte, e da teoria do conhecimento, por outra, a fenomenologia tem sido definida também na última obra de Husserl (1913/2014b) como uma ciência eidética. A fenomenologia como ciência eidética abriga a pretensão de expor, frente a todas as ciências, sejam ciências naturais ou do espírito, as experiências fundamentais apriorísticas ou puras e descrevê-las em forma pura, quer dizer, sem realizar-se nem se fundamentar teoricamente. Assim, temos que nos aproximar do *método fenomenológico*, quer dizer, em direção do caminho pelo qual se chega, passo a passo, do fato isolado empírico individual à essência empírica ou pura. Para Binswanger (1961/1973):

O grande mérito da fenomenologia está em, mesmo sendo um conjunto científico de conhecimento, ter a vantagem de voltar a nos levar com a maior energia à pura e simples observação dos fenômenos, e nos ensina a fazer valer somente o que realmente temos visto por visão categorial ou sensorial, e a não confundir o observado com qualquer teoria, por bem fundamentada que ela seja. (p. 24)

6.4.1 Forma de análise dos resultados – método fenomenológico em psicologia

A análise dos resultados foi realizada seguindo os pressupostos do *método fenomenológico em psicologia*, uma vez que um dos objetivos era analisar as vivências do pesquisador durante as sessões de psicoterapia dos participantes. Referente a isso, Ales Bello (2006) explica que o sentido fenomenológico de vivência não significa viver no sentido da experiência, mas, sim, em darmos conta daquilo que se vive, ou seja, “*o que se vive*”, referindo-se aos atos característicos da interioridade do ser humano, que vão desde a percepção até a recordação, a imaginação, o pensamento, e assim por diante, entendidos como elementos estruturais e constitutivos da consciência.

O método fenomenológico, segundo Holanda (2002), deve buscar acessar a essência do fenômeno estudado, o que pode ser alcançado a partir dos três elementos fundamentais da fenomenologia. O primeiro elemento é a *redução fenomenológica*, que possibilita acessar a verdade do sujeito. O segundo elemento é a *intersubjetividade*, que é a relação estabelecida entre o *sujeito-pesquisador* e o *sujeito-pesquisado*: duas histórias próprias que se encontram para compreender um fenômeno. O terceiro elemento é o *retorno ao vivido*, no qual o sujeito-pesquisado retoma sua história. Segundo Husserl (1913/2014b), o pesquisador somente alcança o fenômeno em si se conseguir *por fora do círculo* o conhecimento do mundo. A *redução fenomenológica* consiste, então, citando Merleau-Ponty (1973) “numa profunda reflexão que nos revele os preconceitos em nós estabelecidos e nos leve a transformar este condicionamento consciente, sem jamais negar a sua existência” (p. 22).

6.5 Revisão de literatura

Foram selecionados artigos nas bases de dados PsycINFO, Web of Science, Scopus, EBSCO, Redalyc, PePSIC e SciELO, através de quatro pesquisas com os seguintes descritores: “Psicologia fenomenológica”; “Borderline”; “Binswanger”; “Callieri”, totalizando 69 trabalhos. Essas pesquisas foram realizadas entre as datas de 08/08/2016 e 27/04/2018.

Na pesquisa com os descritores “Psicologia fenomenológica”, foram selecionados aqueles artigos que incluíram alguma descrição sobre a metodologia em psicologia fenomenológica no âmbito tanto nacional como internacional, totalizando 14 estudos.

Já na pesquisa com os descritores “Borderline”, foram selecionados 46 artigos, e o critério para essa seleção foi o de conterem literatura relevante sobre os aspectos do campo relacional em pessoas diagnosticadas com o TPB.

Nas pesquisas com os descritores “Binswanger” e “Callieri”, foram selecionados artigos nos quais se estuda a psicopatologia e psicoterapia fenomenológica, totalizando 9 estudos.

7. RESULTADOS

A análise dos resultados seguirá a seguinte sequência: em primeiro lugar, a apresentação dos resultados da escala OQ 45.2; em segundo, a apresentação das anotações de cada sessão de psicoterapia, em cada um dos três casos, de maneira cronológica; em terceiro, a apresentação dos campos intencionais da consciência, sendo estes o campo espacial/corporal, campo da temporalidade, campo relacional e campo transcendental; e, em quarto lugar, a apresentação dos campos interpessoais desenvolvidos entre psicoterapeuta e paciente.

7.1 Aplicação da escala OQ 45.2

A escala OQ 45.2 é um instrumento amplamente utilizado para avaliação de psicoterapia (Silva, 2013), traduzido em diversas línguas: espanhol, alemão, francês, holandês, sueco, norueguês, hebraico, italiano e russo (Lambert et al., 2004). As versões em alemão, espanhol e português foram devidamente validadas.

A utilização da escala OQ 45.2 nesta pesquisa ajudou a avaliar as mudanças ao longo do ano de tratamento psicológico com as participantes. A escala possui 45 itens cujas respostas são dadas numa escala tipo *Likert* de cinco pontos que variam entre “nunca” (zero pontos), “raramente” (um ponto), “às vezes” (dois pontos), “frequentemente” (três pontos) e “sempre” (quatro pontos). Dos 45 itens da escala, a pontuação de 9 deles é apresentada no sentido inverso (1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37 e 43). A pontuação total é obtida pela soma dos valores dos 45 itens, podendo variar entre 0 e 180. Os itens da escala estão organizados em três subescalas:

- subescala de desconforto subjetivo (DS): é obtida pela soma dos valores dos seguintes vinte e cinco itens: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, e 45. O resultado total pode variar entre 0 a 100 pontos. Aqui, pretende-se identificar aspectos psicopatológicos referentes a transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtorno de abuso de drogas (Silva, 2013);
- subescala de relacionamentos interpessoais (RI): é obtida pela soma dos valores dos seguintes onze itens: 1, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 30, 37, e 43. O resultado total pode variar entre 0 a 44 pontos. Esta subescala busca avaliar os relacionamentos das pessoas, especificamente os familiares, as amigas e os conjugais (Silva, 2013);
- subescala do papel social (PS): é obtida pela soma dos valores dos seguintes nove itens: 4, 12, 14, 21, 28, 32, 38, 39, 44. O resultado total pode variar entre 0 a 36 pontos. Aqui,

o objetivo é avaliar o desempenho do papel social no trabalho, atividades voluntárias e lazer (Silva, 2013).

De modo geral, Silva (2013) explica que a escala *OQ 45.2* é um instrumento que busca avaliar, de forma rápida, as experiências subjetivas e como a pessoa funciona no mundo. Para interpretação do escore total do *OQ 45.2*, os autores consideram que, quanto maior for a pontuação, maior será a percepção do paciente sobre a existência de desconforto subjetivo. Para nós, o que importa, nesta pesquisa, é usar os escores, tanto total como das subescalas, como ponto de observação sobre as mudanças que existiram durante o processo psicoterapêutico.

7.1.1 Participante Dália

- Na primeira aplicação, realizada no dia 07/06/2018, a participante apresentou pontuação total de 99/180 (55%), pontuação da subescala desconforto subjetivo (SD) de 68/100 (68%), pontuação da subescala relacionamentos interpessoais (RI) de 14/44 (31,8%) e pontuação da subescala papel social (PS) de 17/36 (47,2%);
- Na segunda aplicação, realizada no dia 29/11/2018, apresentou pontuação total de 73/180 (40,5%), pontuação da subescala de SD de 46/100 (46%), pontuação da subescala de RI de 16/44 (36,3%) e pontuação da subescala do PS de 11/36 (30,5%);
- Na terceira aplicação, realizada no dia 07/06/2019, apresentou pontuação total de 78/180 (43,3%), pontuação da subescala de SD de 47/100 (47%), pontuação da subescala de RI de 16/44 (36,3%) e pontuação da subescala do PS de 15/36 (41,6%).

Tabela 1 – Pontuação da escala *OQ 45.2* da participante Dália

Escala <i>OQ 45.2</i>	Pontuação total	Subescala de SD	Subescala de RI	Subescala do PS
Primeira aplicação	55%	68%	31,8%	47,2%
Segunda aplicação	40,5%	46%	36,3%	30,5%
Terceira aplicação	43,3%	47%	36,3%	41,6%

7.1.2 Participante Gardênia

- Na primeira aplicação, realizada no dia 14/06/2018, a participante apresentou pontuação total de 121/180 (67,2%), pontuação da subescala de SD de 70/100 (70%), pontuação da subescala de RI de 28/44 (63,6%) e pontuação da subescala do PS de 23/36 (72,2%);
- Na segunda aplicação, realizada no dia 11/12/2018, apresentou pontuação total de 83/180 (46,1%), pontuação da subescala de SD de 50/100 (50%), pontuação da subescala de RI de 19/44 (43,2%) e pontuação da subescala do PS de 14/36 (38%);
- Na terceira aplicação, realizada no dia 13/06/2019, apresentou pontuação total de 53/180 (29,4%), pontuação da subescala de SD de 32/100 (32%), pontuação da subescala de RI de 9/44 (20,5%) e pontuação da subescala do PS de 12/36 (33,3%).

Tabela 2 – Pontuação da escala *OQ 45.2* da participante Gardênia

<i>Escala OQ 45.2</i>	Pontuação total	Subescala de SD	Subescala de RI	Subescala do PS
Primeira aplicação	67,2%	70%	63,6%	72,2%
Segunda aplicação	46,1%	50%	43,2%	38%
Terceira aplicação	29,4%	32%	20,5%	33,3%

7.1.3 Participante Íris

- Na primeira aplicação, realizada no dia 09/08/2018, a participante apresentou pontuação total de 118/180 (65,5%), pontuação da subescala de SD de 73/100 (73%), pontuação subescala de RI de 24/44 (54,5%) e pontuação subescala do PS de 21/36 (58,3%);
- Na segunda aplicação, realizada no dia 06/02/2019, apresentou pontuação total de 49/180 (27,2%), pontuação subescala de SD de 31/100 (31%), pontuação subescala de RI de 13/44 (29,5%) e pontuação subescala do PS de 5/36 (13,8%);
- Na terceira aplicação, realizada no dia 07/08/2019, apresentou pontuação total de 29/180 (16,1%), pontuação subescala de SD de 15/100 (15%), pontuação subescala de RI de 8/44 (18,2%) e pontuação subescala do PS de 6/36 (16,6%).

Tabela 3 – Pontuação da escala *OQ 45.2* da participante Íris

Escala <i>OQ 45.2</i>	Pontuação total	Subescala de SD	Subescala de RI	Subescala do PS
Primeira aplicação	65,5%	73%	54,5%	58,3%
Segunda aplicação	27,2%	31%	29,5%	13,8%
Terceira aplicação	16,1%	15%	18,2%	16,6%

7.2 Anotações das sessões de psicoterapia

A seguir, foram transcritas as anotações feitas após cada sessão de psicoterapia com cada uma das participantes. Foram anotadas as apreciações do pesquisador em relação àquilo que ele considerou mais significativo de cada sessão; além de descrever os conteúdos principais relatados pelas participantes, o pesquisador fez o exercício de descrever a sua percepção sobre os aspectos interpessoais que se desenvolveram em cada sessão.

7.2.1 Participante Dália

Dália 1 – 07/06/2018

Dália (nome fictício) tem 43 anos de idade, namora, mora junto há 3 anos e tem um filho de 22 anos, com quem perdeu o contato depois de uma forte discussão. A mãe de Dália faleceu quando ela tinha 15 anos, o seu pai era policial e se afundou na bebida depois do falecimento da sua mãe, sendo muito agressivo com os filhos. Dália tem dois irmãos, o mais velho é um ano mais velho e o caçula tem três anos a menos que ela.

Chegou à primeira sessão visivelmente ansiosa, postura corporal fechada e tensa, respiração acelerada e olhar fixo. Referiu estar muito contente por poder começar a fazer psicoterapia, pois já estava esperando há muitos meses pela oportunidade de começar. Ela é acompanhada por um psiquiatra, de muita experiência, no Instituto de Psiquiatria há pouco mais de um ano, recebendo medicação e consultas periódicas. Contou que os remédios a ajudaram a parar de querer se matar.

Dália: – Eu já percebi que não quero me matar. Assim que vêm essas ideias na minha cabeça, eu paro logo com elas. Não deixo elas crescerem como acontecia antes. O remédio tira isso, mas não tira a dor e a angústia contínua que sinto o tempo todo.

Dália foi internada em três ocasiões, sempre depois de uma tentativa de suicídio. Na última das internações, disse ter decidido nunca mais voltar a ser internada:

Dália: – meu lugar não é no meio dos loucos, meu lugar é com as pessoas normais. Quando você fica internada, você deixa de ser alguém, só fica lá dopada sem conseguir nem pensar direito. Não é lugar para mim, mas para você conseguir sair, você precisa fazer tudo o que eles (médicos e enfermeiros) mandam, sem reclamar de nada.

Dália conta que há pouco mais de dois anos teve o seu primeiro afastamento do trabalho. Ela tem curso de administração, com especialização em gestão contábil, trabalhava na empresa há mais de cinco anos quando teve que se afastar. Explicou que era a pessoa de confiança do dono da empresa, que ela fazia todo tipo de tarefas, tudo o que o dono pedisse. Geralmente, trabalhava muitas horas a mais do que é legalmente estabelecido e nunca tirou férias nem parou de trabalhar nesses cinco anos, até o seu primeiro “surto”. O dono da empresa sempre pedia para ela trabalhar nas férias, e pagava por esses dias trabalhados. Antes da primeira internação, Dália, além do trabalho, estudava e cuidava do filho.

Então, um dia quando ela vinha trabalhando muitas horas seguidas, durante vários dias, para conseguir fechar as contas do mês na empresa, duas colegas vieram se despedir de Dália, mas ficaram assustadas com a sua resposta:

Dália: – na minha cabeça eu estava respondendo bem, mas elas me contaram que as minhas palavras não faziam sentido nenhum, não eram nem palavras, eram vocalizações sem nexos.

Devido a essa situação, as colegas a levaram para o hospital, e Dália passou por uma série de exames, porém os resultados não apresentaram nada de errado. Foi, então, que o médico responsável da unidade decidiu colocar Dália para dormir com remédios. Depois de 3 horas dormindo, ela retomou a consciência, só que não se lembrava de nada do ocorrido nas últimas horas desde antes de ter sido levada ao hospital. No dia seguinte, o dono da empresa a levou a um psiquiatra, que lhe deu 30 dias de afastamento, para que ela conseguisse descansar, pois ela havia tido um esgotamento físico e psíquico, devido ao excesso de trabalho e ao pouco descanso. Mas, no terceiro dia de repouso, o dono da empresa começou a lhe pedir diferentes relatórios e tarefas do trabalho, e em poucos dias ela estava de volta a empresa. Poucas semanas depois desse evento, Dália teve a sua primeira crise, sendo internada por 45 dias. Desde então, não voltou mais a trabalhar, e está em processo judicial para conseguir subsídio do Estado, devido a sua condição. Por outra parte, o que Dália mais desejava era voltar a se sentir capaz de trabalhar e de ficar tranquila em lugares com pessoas.

Dália relata que, depois de ela ter sido afastada do trabalho e internada, ficou muito mais impulsiva com as pessoas. Conta que quando tem algum conflito com alguém, ela sente tanta

raiva que não consegue se controlar, a única coisa que ela deseja é atacar verbal e fisicamente a pessoa, e que somente depois ela é capaz de perceber que a sua ação foi desmedida. Afortunadamente, todas as vezes que isso aconteceu, foi contida pelo namorado. Isso desenvolveu insegurança em si mesma, o que a fez sentir medo de sair sozinha na rua, já que acredita que pode perder o controle com alguém a qualquer momento. Dália também começou a se sentir perseguida quando está fora de casa, com medo de que alguém possa estar vigiando-a e lhe fazer algo ruim.

Dália afirmou que, muitas vezes, se corta com uma lâmina de barbear, mas que só faz isso quando está tomando banho com água muito quente. Ela sente que a dor, junto do cheiro do vapor da mistura de água quente e sangue, a faz relaxar.

Dália: – sinto que preciso me cortar para poder deixar de sentir a angústia e a dor que estão permanentemente comigo. É como se a dor de me cortar estivesse ofuscando essa angústia que sinto o tempo todo.

No fim desta primeira sessão, senti que Dália estava muito mais tranquila e calma:

Dália: – gostei de você, normalmente quando conheço alguém e não vou com a cara, já deixo isso claro, mas com você me senti à vontade para falar.

Nesta primeira sessão, deixei ela falar livremente, acompanhando as narrativas, porém sem indagar tanto como desejaria em cada um dos temas, com a intenção de dar tempo para que Dália ganhe confiança na nossa relação. No início, expliquei do que se tratava a terapia. Expliquei que seria um espaço para ela poder falar de tudo que ela quisesse, que poderíamos estabelecer alguns objetivos terapêuticos e que estaríamos juntos durante, pelo menos, um ano, com a opção de prorrogar por mais tempo caso fosse necessário.

Dália 2 – 14/06/2018

Dália chegou à sessão novamente muito ansiosa, talvez ainda mais ansiosa do que na nossa primeira sessão. Ela logo explicou que estava muito ansiosa porque, no dia seguinte, teria uma audiência com o juiz que está avaliando o caso dela na justiça, para ver se ela começa a receber ajuda do estado devido a sua condição. Então, relata, chorando, que odeia estar nessa condição, sentindo-se tão limitada, sem conseguir fazer nada e estando tão dependente.

Dália: – eu era uma pessoa forte e independente, sempre senti orgulho por isso, não depender de ninguém mais do que eu mesma. Desde os 17 anos, quando engravidei e meu pai me botou para fora de casa, consegui fazer tudo por mim mesma. Nunca pedi pensão para o pai do meu filho, sempre consegui pagar as contas. Mas, agora, não consigo nem pegar um ônibus lotado se estiver sozinha.

Dália conta que não tem mais relação com o pai do seu filho. Quando ela engravidou dele, e o seu próprio pai a colocou para fora de casa, ela tinha 16 anos, e passou a morar em

casas de amigas por algum tempo até que a mãe do namorado dela fez o filho alugar uma casa para que eles morassem juntos. Refere que, no começo, foi bom, mas que rapidamente o pai do seu filho foi ficando cada vez mais agressivo e ciumento, deixando-a trancada dentro de casa. Conta que, no dia que o seu filho nasceu, ela teve que gritar para que a vizinha fosse buscar ajuda e a levasse para o hospital, já que ela não tinha como sair da casa porque o portão estava trancado. Pouco tempo depois ela decidiu se separar dele e criar sozinha o filho.

Dália também diz que, desde que sua mãe faleceu, ela sabia que teria de ser muito forte, devido a ter muitas discussões com o seu pai:

Dália: – ele chegava em casa bêbado e parecia que queria descontar na gente [sic] as suas frustrações. Nos atacava por qualquer coisa, implicava por como eu estava vestida ou qualquer outra coisa. Nos agredia verbal e fisicamente. Quando a minha mãe era viva, ela ainda nos defendia, mas, depois dela ter partido, ele só foi piorando. Nunca aceitou ela ter falecido.

Conta que, aos 16 anos ela foi estuprada e, na época, não contou a ninguém por medo do que o pai dela faria com ela. Diz que manteve o abuso sexual que sofreu guardado com ela até que conseguiu contar para o seu atual parceiro. Ressalta a sorte de ter ele ao seu lado, pois tem certeza de que poucas pessoas permaneceriam, depois de tanto tempo, com alguém estando tão mal e dependente. Conta não ter relações sexuais há mais de um ano, antes ele a procurava, mas ela não se sentia vontade, devido às fortes medicações psiquiátricas que ela tinha que tomar. Só que agora ela voltou a sentir desejo sexual, mas não sabe como chegar nele. Desde que começou a tomar os medicamentos, ela engordou muito e acredita que, devido a isso, o marido não sente mais atração por ela, fazendo com que se sinta culpada e com a autoestima muito baixa.

Dália conta que tinha uma relação muito próxima com o seu filho, os dois eram como amigos, ele contava tudo para ela. Mas, um dia, pouco tempo antes da primeira internação de Dália, fizeram um churrasco na casa do filho. Os dois começaram a discutir sobre ele emprestar a sua moto para um amigo que tinha bebido o dia todo. Dália estava firme na decisão de que ninguém iria sair com a moto, já que todos tinham bebido – preocupada com o perigo que isso representava. Foi, então, que o filho ficou muito agressivo, dizendo que sempre todos tinham que fazer as vontades dela, entre outras coisas. Dália disse ao namorado que eles tinham que ir embora, porque ela sentia que iria perder o controle e atacar o filho. Desde então, eles mal se falam e o filho nunca foi visitá-la nem mesmo quando Dália esteve internada – situação que a deixa muito triste e com mágoa dele.

Dália conta que ela considerava que tinha uma relação de amizade com o seu ex-chefe; acreditava que essa confiança que ele sentia por ela no trabalho representava também uma

relação de amizade entre os dois. Mas, depois de ela ter ficado afastada do trabalho, percebeu que o chefe apenas a via como mais uma funcionária que poderia ser substituída quando não estivesse produzindo mais. Essa foi outra forte decepção relacional que Dália teve durante a sua vida.

Dália: – não me reconheço mais. Eu era aquela pessoa que estava sempre feliz e de bem com a vida, que todos chamavam para sair, pois sempre animava os ambientes. Mas agora me sinto extremamente irritada com as pessoas em geral e poucos amigos ficaram depois desses dois anos desde que me afastei do trabalho e fiquei internada.

Começo a pensar que, devido a uma série de frustrações da relação que ela tinha com pessoas que ela confiava profundamente, isso a afetou emocionalmente, somando o fato de ela estar sobrecarregada nas tarefas de trabalho, estudos e cuidados da casa e do filho, que levaram a esse um colapso emocional. Nesse sentido, ela teve que se valer dela mesma desde que saiu da casa do pai, nunca teve espaço para poder trabalhar o trauma de ser violentada sexualmente, o luto da mãe e os parceiros que também foram agressivos com ela.

Dália 3 – 21/06/2018

Dália iniciou a sessão contando os episódios em que perdeu a paciência com alguém, atacando a pessoa, com palavras ou fisicamente. Diz que, quando isso ocorria, ela tinha um desejo intenso de querer matar a pessoa, demonstrando isso no seu comportamento e na expressão tanto afetiva como gestualmente. Mas, à medida que ela foi contando essas experiências, a intensidade com que ela se expressava foi diminuindo e ela foi se acalmando. Conta que a medicação tem algum efeito, mas que, mesmo assim, sentia muita angústia e impulsividade contra as pessoas.

Dália fala sobre as internações que ela passou depois de ter se afastado do trabalho. Numa dessas internações, ficou de agosto até novembro no IPq. Foi internada depois de três tentativas de suicídio. No dia da internação, ela tinha acabado de sair da consulta com o psiquiatra aqui no IPq, estava junto do seu namorado quando, ao passar pela passarela sobre a Avenida Rebouças, ela teve um impulso em se jogar do ponto mais alto, mas o namorado a segurou:

Dália: – estava completamente descontrolada, desolada, naquele momento eu só queria me matar, deixar de existir, me sentia uma merda, dando trabalho para todo mundo e sofrendo demais. Se não fosse o meu namorado, que estava comigo, eu teria me matado com certeza naquele dia.

Durante o tempo de internação, Dália conta que foi muito bem tratada, que criou laços fortes com outras pacientes também internadas, que era como se estivesse num *spa* e que nunca

tinha sido tão bem tratada, referindo que não queria sair, mas que entendia que não poderia ficar mais porque estava criando dependência daquele lugar.

Dália chegou à sessão muito agitada, mas foi se tranquilizando e a agitação mudou para alegria, e terminou a sessão sorrindo. Foi possível notar essa forte mudança emocional algumas vezes durante a sessão.

28/06/2018 – Dália avisa horas antes que não conseguiria comparecer à sessão.

Dália 4 – 05/07/2018

Dália contou que, na semana anterior, esteve cuidando do pai, que teve que ser internado no hospital durante uma semana. Referiu ter gostado muito de tê-lo acompanhado, pois passou quase o tempo todo no quarto de seu pai no hospital, dizendo que foi bom porque estavam num ambiente bem tranquilo.

Dália mora na casa dos sogros porque seu parceiro teve que tomar conta da empresa da mãe, que tem um ônibus que faz um trajeto no bairro onde moram. Por outro lado, Dália relata que os pais do namorado têm amantes (ou já tiveram) e, mesmo assim, moram juntos, em uma relação de muita tensão e agressividade. Conta que o ambiente na casa é de muita agressividade, que eles se xingam o tempo todo e estão sempre questionando sobre o transtorno psíquico que Dália tem, devido a ela estar afastada do trabalho, o que a faz sentir-se péssima, pois ela quer melhorar e voltar a trabalhar o quanto antes, mas não consegue sair de casa sozinha.

Dália sente-se muito mal com o seu corpo. Antes da internação, diz que tinha um corpo muito atraente, que sempre fez muito sucesso entre os homens. Nesse momento, ela está muito inchada e gorda devido aos medicamentos, e o parceiro também cobra que ela se preocupe mais com a aparência. Ela alega que, mesmo ela comendo pouco, continua engordando por causa dos fortes remédios psiquiátricos. Também conta que não consegue manter uma leitura simples, já que, assim que começa a ler, perde a atenção do que acabou de ler, e não consegue manter a ideia do parágrafo todo. Conta isso com muita angústia, pois refere que adorava estudar e ler, mas pensa que, devido aos fortes medicamentos e ao seu estado emocional, parece impossível conseguir se concentrar em uma atividade minimamente intelectual.

Nesta sessão, sinto que ela estava um pouco mais tranquila em comparação à anterior, porém seu estado emocional oscilou bastante durante a sessão.

Dália 5 – 12/07/2018

Dália relatou a morte do seu segundo filho, há 13 anos, que tinha um ano e oito meses quando faleceu. Após ter sido internado no hospital por pneumonia, a situação clínica do bebê foi se agravando e ele permaneceu 75 dias na unidade de terapia intensiva (UTI), onde os médicos não conseguiram descobrir que doença tinha. Dália sente uma injustiça profunda de Deus contra ela por causa do que aconteceu com o seu filho:

Dália: – sempre me esforcei por ser uma pessoa boa, trato todo mundo bem e tento ajudar sempre que posso todo mundo, mesmo por tudo o que já tinha passado sempre estava com um sorriso no rosto e bem disposta. Não consigo aceitar que isso tenha acontecido ao meu filho, ele era tão pequenininho, mas ele lutou, lutou muito.

Dália refere sentir medo de que nós (o seu psiquiatra e eu) deixemos de acreditar na sua recuperação. Sinto que é muito importante para ela deixar claro que eu continuarei a atendê-la durante todo o tempo que foi estipulado no início do tratamento (um ano), mas refiro que, mesmo depois do término desse período, poderei continuar a atendê-la como voluntário no Ipq. Também reforço que vejo o quanto ela está se esforçando no tratamento, tocando experiências muito difíceis de serem lembradas. Quando falo isso, tenho o cuidado de lhe mostrar que estou sentindo o que relato de forma genuína, porque eu realmente me importo com ela.

Dália relata que se sente muito triste por não ter mais relação com o seu outro filho de 22 anos, com quem tinha uma relação muito próxima de amizade, até ter brigado com ele ao tentar protegê-lo.

Conta que conseguiu dirigir o carro depois de mais de um ano sem ter coragem de dirigir; diz que não dirigia mais porque se sentia insegura e ansiosa de que poderia perder o controle durante a condução, colocando outras pessoas em perigo. Porém, nesta semana, conseguiu levar a sogra para fazer exames, sentiu-se tensa, mas estava feliz de ter voltado a dirigir.

Refere que sente uma pressão muito forte por mostrar que está bem, ou que está melhorando, isso na casa dos sogros. Tendo que esconder o que ela realmente sente, que é uma profunda tristeza devido a se sentir muito limitada. Conta que toda a sua vida foi assim, ela sempre escondeu o seu sofrimento dos outros e dela mesma. Digo que aqui nas sessões, comigo, ela não precisa se preocupar em me demonstrar isso; que aqui ela pode demonstrar livremente o que sente. Essa intervenção parece ter tido um efeito bastante positivo nela.

Dália 6 – 19/07/2018

Dália contou mais sobre o que acha de sua sogra, como ela é uma pessoa ruim, que sempre está falando mal de todos os membros da família e sempre tentando manipular o seu

filho (namorado de Dália). Mesmo assim, ela se esforça em manter uma boa relação com a sogra. Porém, viver na casa dos sogros é muito angustiante e lhe causa um estado elevado de ansiedade contínua, referindo ter ausências de consciência e perda da memória do que aconteceu durante algumas horas quando sai de casa sozinha. Aqui, questiono sobre como e quando acontece isso e lhe digo que é importante ela contar sobre essas “ausências” ao seu psiquiatra, porque me arrisco a acreditar que deve ser efeito colateral dos fortes medicamentos que ela toma. Dália entende e diz que irá conversar sobre isso com o seu psiquiatra.

Refere estar se esforçando muito em fazer os tratamentos, tanto da psicoterapia como o psiquiátrico, mas se sente muito limitada e com muitos medos: recorrentes ataques de pânico quando está fora de casa; ausência na rua; acredita estar ouvindo fantasmas (alguém andando no apartamento, batendo nas portas e até puxando o braço dela) sempre quando está sozinha. Durante esses relatos, tenho o cuidado de ouvi-la muito atentamente, fico atento sobre as modulações afetivas e emocionais que ela apresenta, muito mais do que propriamente o conteúdo do relatado, dando-lhe acolhimento e aceitando o que ela fala como a sua verdade, explorando os possíveis medos e angústias que estão relacionadas à sua situação de vida.

Dália diz sentir que seu parceiro não quer mais cuidar dela, pois ele havia dito que era para ela não depender tanto dele, para ir se desligando dele. Assim, ela assumiu isso como se ele estivesse deixando de amá-la, por isso ela está se preparando para fazer as coisas sozinhas daqui para a frente, já que tudo o que ela fazia fora da casa era com a companhia dele.

Dália 7 – 02/08/2018

Dália contou que está sendo muito difícil morar na casa do seu parceiro, pois a família dele cobra que ela seja a cozinheira, que tenha o almoço pronto, mas, ao mesmo tempo, não recebe nenhum tipo de agradecimento. Também estão sempre fazendo brincadeiras sobre ela estar muito gorda, o que a deixa muito sensibilizada porque é algo que ela não consegue controlar.

Depois disso, ela volta a falar sobre as ausências de consciência que tem quando sai de casa sozinha. Digo que é muito importante ela contar isso ao psiquiatra, pois parece ter começado depois de ela ter trocado o medicamento psiquiátrico.

Dália também volta a falar o quanto não se reconhece mais no seu corpo, que tem vergonha de sair à rua ou sair com o seu parceiro, pois se sente horrível, nenhuma das roupas que ela gostava de usar lhe serve mais e cada vez mais acredita que o seu namorado não a aguenta mais. Dália está se preparando para ficar sozinha. Digo que, se isso realmente chegar a acontecer, ela pode contar comigo se estiver num momento de muita agonia e sofrimento, que

ela tem total liberdade de me ligar. Deixo claro que se eu não atender no momento, assim que eu puder lhe retornarei a chamada.

Dália 8 – 09/08/2018

Dália chegou à sessão muito tensa, dizendo que, desde o começo dessa semana (hoje é quinta-feira), saiu às pressas da casa dos sogros, pois não aguentava mais ficar lá. Passou a morar sozinha no apartamento do irmão no centro da cidade, porém ela morava junto do namorado nesse apartamento antes de eles se mudarem para a casa dos sogros. Refere estar passando por um momento em que não sente mais nada: “taquei [sic] o foda-se”.

Relata ter sentido vontade de desistir de tudo, mas que a única coisa que a mantém com um pouco de esperança são as relações com o seu psiquiatra e comigo. Disse que entende a sorte que tem por poder estar fazendo os tratamentos. Conta que, finalmente, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) vai pagar o auxílio-doença devido ao afastamento, depois de meses de audiências e perícias. Reforço com ela as escolhas que ela pode fazer daqui para a frente, uma vez que ela irá receber essa ajuda financeira e, por ser tão difícil morar na casa dos sogros, poderia morar sozinha, mas ela acredita que, se morar no centro, seu namorado vai arranjar outra mulher.

Conta, novamente, que tinha um corpo muito lindo, que adorava fazer exercício e treinar luta na academia, mas, com os remédios psiquiátricos, foi ficando muito inchada. A sua própria imagem a deixa extremamente triste. Diz que pagou caro para “fazer a barriga” (cirurgia estética), mas que agora perdeu tudo.

Refere que começou a ficar com o seu parceiro há pouco mais de 3 anos, que os dois não queriam se envolver afetivamente com ninguém naquele momento das suas vidas, mas, como se davam tão bem, chegou um dia em que ele a pediu em namoro. Agora, ela sente que perdeu tudo aquilo que ela era, não só pelo aspecto físico, mas também porque desde os 14 anos, quando ela começou a trabalhar (além de estudar), sempre foi independente: “nunca dependi de macho nenhum, mas agora me sinto totalmente dependente”.

Conta que, com 14 anos, ela não gostava de fazer tarefas domésticas em casa, então a mãe lhe disse que, se não queria trabalhar em casa, então teria que procurar trabalho fora. Assim, ela conseguiu um trabalho numa empresa e, desde então, nunca mais parou de trabalhar. Mas, agora, é cobrada, na casa dos sogros, sobre os trabalhos domésticos que ela sempre odiou fazer, e o pior de tudo é que ninguém lhe demonstra agradecimento.

Diz que sua mãe era a pessoa que unia toda a família, fazia almoços familiares e chamava os seus tios e primos. Sempre fez questão de comemorar o Natal e todas as datas

festivas em família. Relatou isso com alegria e muito carinho. Mostra uma tatuagem nas costas em que desenhou sua mãe com asas de anjo abraçando seu bebê falecido.

No fim da sessão, sinto que ela está um pouco melhor, embora ainda acredite que virão dias difíceis pela frente.

Dália 9 – 16/08/2018

Dália contou, pela primeira vez, sobre o estupro que sofreu na adolescência. Disse que se sentiu sozinha e incapaz de contar a alguém, pois tinha certeza de que seu pai mataria o sujeito que a agrediu ou que a expulsaria de casa, então ela preferiu se calar. Falou que não contou para ninguém por mais de 20 anos, sendo o primeiro a saber o psiquiatra (antes de termos começado a psicoterapia) e eu seria a segunda pessoa, mas que, dessa vez, ela iria mais a fundo na sua memória.

Diz que o sujeito que abusou dela era pai de uma das meninas do grupo de 12 amigas que tinha na época, sendo todas muito bonitas e sempre tendo chamado a atenção. Elas costumavam se encontrar na casa dessa amiga e, muitas vezes, dormiam lá, porém, no dia em que ela foi abusada, Dália tinha ido buscar essa amiga na sua casa; ao chegar lá, o pai dela lhe disse que era para Dália entrar, que a sua filha estava esperando por ela no quarto. Mas era mentira, não tinha ninguém na casa, e foi quando ele a atacou. Dália conta que o choque foi tamanho naquele momento, que ela ficou sem reação, dizendo que travou e só conseguia chorar. Depois que ela saiu de lá, não contou a ninguém o que tinha acontecido por vergonha, por ter sentido que tinha caído numa armadilha e por não ter reagido:

Dália: – agora fico pensando se outras meninas também podem ter sofrido com esse desgraçado. Mas pelo menos eu sei que mais ninguém vai sofrer dele, porque faz uns bons anos que ele morreu.

Psicólogo: – como deve ter sido difícil estar com essa dor, sem poder contar a ninguém, afinal, você estava protegendo a sua família, porque você tinha certeza que eles iriam se vingar do sujeito e que isso iria acabar com a vida deles. Que gesto nobre você teve, mas que peso você teve que carregar junto disso.

Dália: – sim, sempre acreditei que deveria carregar as minhas cruzeiras sozinha, que se Deus colocou isso no meu caminho é porque eu devo aguentar. Mas chegou uma hora que penso que foi demais.

Psicólogo: – você sempre foi muito corajosa e forte e eu te admiro por tudo o que você passou e, mesmo assim, está aqui para me contar, mas somos humanos, chegou uma hora que foi muito para carregar tudo sozinha.

Dália fica bem sensibilizada nesta sessão, porém sai com um ar mais leve e tranquilo, me dá um abraço bem cálido, que eu respondo da mesma maneira, e nos despedimos.

Dália 10 – 06/08/2018

Dália chegou à sessão muito agitada e disse ter tentado se matar, mas, logo em seguida, negou ter acontecido, alegando que, na verdade, só queria dormir para deixar de sentir e pensar. Ela relata ter tomado 8 comprimidos de um dos remédios psiquiátricos, o que a fez apagar durante várias horas, mas, quando acordou, tomou mais 8 comprimidos. Conta ter feito isso porque não aguentava mais morar na casa dos sogros, mas principalmente pela forma como está sendo tratada pelo namorado. Quando questionada sobre o que a faz continuar com ele e morando lá, uma vez que ela tem para onde ir, já que ela pode voltar a morar no apartamento no centro da cidade, responde: “sei que se voltar a morar no centro, ele arruma outra mulher”. Sinto que a situação é muito séria, que ela está correndo risco de vida, por isso, faço uma intervenção bem mais confrontativa do que a de costume:

Psicólogo: – como teu psicólogo, vejo o quão séria é a situação, enquanto você continuar morando com a família de Miguel, estarei muito preocupado com a tua saúde e até com a tua vida, pois ninguém respeita ou compreende pelo que você está passando lá. Você já me contou por quantas situações difíceis você já teve que passar e sempre conseguiu fazer isso sem depender de homem nenhum. Compreendo que, neste momento, você está mais debilitada, porém essa força é tua e junto com os tratamentos que estamos fazendo [psicoterapia e psiquiatria], essa Dália vai se reencontrar. Vejo o quanto você se esforça nas sessões, quase nunca você falta e como você está empenhada em trabalhar questões difíceis da tua vida. Vejo todo o empenho e vontade de voltar a trabalhar e se sentir mais segura de si, isso é o mais importante, que você está fazendo o caminho da sua recuperação, demore o tempo que demorar.

Dália: – mas tenho medo de ficar sozinha devido às ausências de consciência.

Psicólogo: – esses medos são compreensivos, mas agora você não está mais sozinha, você pode me ligar sempre que precisar, se não atender no momento, voltarei a ligação assim que ficar desocupado. Você tem que relatar essas ausências de consciência ao psiquiatra, acredito que são devido a uma das medicações que toma.

Digo que, ao meu parecer, a ambivalência do amor que o seu namorado mostra para ela tem feito com que ela se sinta extremamente insegura. Também o ambiente hostil na casa dele a faz se sentir miserável e sem valor. Ao passar da sessão, ela vai se fortalecendo, referindo que durante a semana ela fica aguardando o dia da nossa sessão, que é a única forma de ela se sentir um pouco melhor. Respondo que fico muito feliz em saber que ela sente isso, que o tratamento vai durar o tempo necessário mesmo depois do ano de pesquisa acabar.

Depois de finalizada a sessão, acabamos nos encontrando no ponto de ônibus por coincidência. Ela parece muito agitada e às lágrimas, e conta que o Miguel não veio buscá-la como tinham combinado. Dália estava com muita raiva, então tentei acalmá-la, mas ela diz: “não vou aguentar mais essa situação”. Novamente, digo que ela pode entrar em contato comigo quando quiser.

Dália 11 – 13/09/2018

Chegou à sessão com uma postura mais confiante, mais tranquila. Conta que teve uma forte discussão com a sua sogra, que lhe disse tudo o que tinha acumulado sobre o quanto a sogra a era ingrata com ela e que não iria cozinhar mais para eles, já que ninguém a respeita. Mesmo ainda morando lá, também conta que falou seriamente com o seu namorado, sobre como ela estava se sentindo e que, se ele não estava aguentando mais a situação, então era para acabar de vez, “eu não sou carga de ninguém”. Diz que ele reagiu positivamente, que não quer se separar e que vai melhorar a forma como a trata.

Sinto que Dália está muito mais confiante e contente, também teve consulta com o seu psiquiatra horas antes da nossa sessão, e ele mudou a medicação, para ver se acabam as ausências de memória.

Dália começa a contar, de forma um pouco mais profunda, sua relação com o pai. Refere que, na maioria das vezes, quando ele chegava bêbado, era ela quem ajudava a controlá-lo. O pai de Dália começou a beber pouco depois do falecimento da mãe dela. Mesmo depois de muitos anos, e depois de ele ter se aposentado da polícia, ligavam para ela para ir controlá-lo quando estava bêbado em algum bar causando problemas.

Vejo como Dália começou a relembrar o quanto ela tem valor para as pessoas próximas e significativas na vida dela, como se voltasse a se dar valor. Nessa sessão, sinto que ela apresenta uma postura mais forte e segura de si, com mais força até na forma em que conta as suas experiências.

Dália 12 – 28/09/2018

Sinto o seu estado afetivo estável, porém triste, e isso se mantém durante a metade da sessão; depois, Dália passa a ficar mais alegre, porém desabafa:

Dália: – me sinto vazia por dentro, desmotivada com a vida, às vezes tenho vontade de sair de casa, dar uma volta por aí, mas, quando vejo que não tenho mais roupas para o meu corpo e me olho no espelho, não me reconheço mais, isso me tira toda a vontade de sair de casa.

Volta a relatar uma história de quando acabou se afastando de uma amiga, depois de ela ter se sentido desrespeitada.

Dália: – uma vez que eu tomo a decisão de cortar a relação, não tem mais volta.

Psicólogo: – me veio à mente o seu filho, o quanto vocês se afastaram, isso pode estar afetando essa sensação de vazio, já que você sempre lutou e foi muito forte para protegê-lo.

Dália: – não sinto falta dele [de forma muito fria e corta o tema]. Teve uma vez que meu ex-marido tentou me enforcar e me jogar pela janela da sacada do

terceiro andar, se meu filho não tivesse me defendido, atacando-o, provavelmente eu não estaria aqui para contar essa história, foi meu filho quem me defendeu, isso que ele tinha 16 anos, mas já era bem grande.

Refere que, desde que mudou o medicamento, não está tendo mais ausências, mas que ainda não consegue sair de casa sozinha. Trabalhamos sobre a questão de ela ter que enfrentar o ex-chefe para cobrar a dívida sobre o seu afastamento, processo que já foi decretado pela justiça. Dália sente muito medo de falar com ele e perder o controle de forma agressiva, então digo que podemos trabalhar mais sobre isso até ela se sentir mais segura e preparada para falar com ele.

Durante a sessão, houve vários momentos em que rimos das situações no trabalho dela; ela volta a referir que as pessoas próximas dela não conseguem compreender pelo que ela está passando e dizem que é frescura dela não conseguir sair de casa. Elas pensam que já passou muito tempo de tratamento, e Dália sente muita pressão em voltar a trabalhar. O aparecimento de situações em que rimos durante a sessão me faz ter certeza de que Dália está melhorando o seu estado afetivo e emocional.

Dália 13 – 11/10/2018

Contou que está assustada por se sentir muito impaciente com as pessoas no geral, e referiu que qualquer coisa que a incomode, minimamente que seja, faz sentir vontade de matar a pessoa “sinto vontade de esfaquear a pessoa bem no meio da garganta” (conta isso fragilizada, em lágrimas). Digo que é bom ela poder me contar isso, porque pode ajudá-la a se sentir mais calma; reforço que é bom poder imaginar isso aqui na sessão, poder expressar todos esses pensamentos aqui.

Exploramos como ela sente essa raiva, então ela relata que continua na casa da sogra, que, cada dia que passa, a sogra a trata pior e diz que, na última semana, ela chegou a encará-la, mas que, depois disso, ficou se sentindo muito nervosa. Conta que voltou a ter uma situação de ausência, quando esperava para ser atendida na fila do INSS. Não teve nenhuma outra ausência desde que mudou o medicamento.

Dália: – preciso te contar sobre o estupro que sofri quando tinha 16 anos... Durante vinte e poucos anos, só contei para uma pessoa, pensava que era capaz de aguentar tudo sozinha, mas agora compreendo que não precisava mais segurar toda essa dor sozinha. No dia que tudo aconteceu, eu caí numa armadilha. Éramos um grupo de 12 meninas, fazíamos quase tudo juntas e, muitas vezes, dormíamos na casa umas das outras. Num dia, fui buscar uma dessas minhas amigas na sua casa, quando cheguei lá o pai dela me disse para entrar que ela já saía do quarto dela. Foi, então, depois de eu entrar, que me dei conta que minha amiga não estava em casa, daí ele me atacou, puxando o meu cabelo pelas costas e me jogando com muita força (conta com muitas lágrimas). Me senti culpada, porque todas

andávamos de shortinho [*sic*] e éramos muito lindas, também me senti uma estúpida por ter caído na armadilha.

Psicólogo: – você foi vítima de um covarde, de um desgraçado, de um canalha que planejou a situação e se aproveitou da tua inocência e da sua força física para te atacar. Nada justifica o que ele fez, compreendo que você possa se sentir com alguma culpa do que aconteceu, porém não é tua culpa que existam pessoas maldosas no mundo.

Dália: – não contei para ninguém da minha família ou amigas porque eu sabia que se meu pai ou meu irmão ficassem sabendo, eles iriam matar o cara, e eu não queria ser a causa deles estragarem a vida. Somente consegui contar a eles sobre o abuso há pouco tempo, logo depois da primeira internação e somente contei por que sabia que o estuprador tinha sido morto há alguns anos atrás. Tenho certeza de que esse evento foi a principal causa de eu ter adoecido, junto da exploração laboral que o meu chefe fez durante vários anos trabalhando na empresa dele.

Psicólogo: – é incrível ver tudo o que você conseguiu fazer na vida carregando essa dor sozinha, mas chega um momento que até os mais fortes precisam descansar e se cuidar.

Dália saiu da sessão alegre, dizendo que se sente aliviada, mas que dói muito falar disso. Reforço que a terapia só é feita para os corajosos, já que não é nada fácil entrar em contato com experiências que nos levam a momentos de tanto sofrimento. Senti que era necessário reforçar a força que ela demonstra de seguir em frente, carregando essa experiência de sofrimento sozinha, e, ao mesmo tempo, era importante ela saber que agora pode expressar o que sente para evoluir no tratamento.

Dália 14 – 18/10/2018

Sinto que ela aparenta estar muito acelerada. Contou que voltou a mudar os medicamentos, que foi há poucas horas antes da nossa sessão (à consulta de psiquiatria), pois ela estava se sentindo extremamente impaciente, e também não estava conseguindo dormir bem (adormecia entre 22 e 23 horas, mas acordava às 2 horas da manhã e não conseguia voltar a dormir mais). Tem esperança de que a mudança de medicação melhore o sono, como também essa agressividade que sente. Conta que se inscreveu numa academia perto da casa da família do namorado. Sente-se muito animada para começar a perder peso, mas tem medo de não conseguir ir sozinha, dizendo que só vai na academia quando está com a amiga. Reforço a ideia de que, à medida que ela vá se familiarizando com o local, ela poderá ir perdendo o medo que se desenvolveu nela devido às ausências que ela teve. Contou que, desde que mudou a medicação, só teve um episódio de ausência.

Relata que percebeu como as pessoas não compreendem pelo que ela está passando (pessoas próximas a ela), que isso a deixa muito mal, triste e frustrada. Faço uma intervenção demonstrando a ela como a vejo dedicada ao tratamento, como vejo que ela se empenha e que o caminho não é fácil, de contar e reviver memórias de situações que trazem sofrimento.

Dália reconhece estar se sentindo melhor, pois não tem mais vontade de se cortar e as ideias de se matar têm aparecido cada vez menos e em menor intensidade, porém refere se sentir cansada em lutar todos os dias contra a “doença mental” que tem. Digo que consigo sentir o quanto ela tem melhorado no pouco tempo em que estamos juntos.

Dália 15 – 25/10/2018

Hoje, tivemos uma das sessões mais significativas até então, pois Dália se sentia muito mal porque seu pai foi diagnosticado com câncer de próstata:

Dália: – agora que estou começando a me tratar, a me sentir um pouco melhor, tendo energia para tratar minha doença, meu pai diz que vai botar uma bala na sua cabeça.

Sinto que ela está muito ansiosa e triste, então trabalhamos a angústia que ela sente. Pergunto para ela como é essa angústia e Dália lembra de quando ela teve câncer e tiveram que retirar seus ovários:

Dália: – encarei numa boa, mas, antes de fazer a cirurgia, quis viajar, saí de festa, brinquei, aprontei, aproveitei bem. Só depois fui encarar o tratamento e deu tudo certo.

Depois, ela começa a contar sobre o seu filho falecido, que não tinha nem dois anos quando morreu, “fiquei com ele 75 dias na UTI pediátrica, fiquei com muita raiva de Deus por me tirar meu filho, e nenhum médico soube me explicar o que aconteceu”. Dália relata que, num determinado momento da internação do seu filho, uma médica sem experiência insistiu em colocar um remédio intravenoso no seu filho, contrariando a indicação da enfermeira-chefe, já que estava muito difícil de furar o bebê.

Dália: – a médica acabou estourando a artéria do meu filho! Depois de ter furado ele 24 vezes sem conseguir acertar a veia, não aguentei mais, peguei ela do rabo de cavalo e mandei contra a parede. Os seguranças me puxavam e ela vinha junto, mas bati tanto naquela vaca. Chamamos a polícia, eu chamei minha amiga advogada e no fim ficou por isso mesmo.

Terminamos a sessão rindo dessas situações e com um forte abraço, também refletindo sobre como as pessoas não aceitam a morte e, por conta disso, não aproveitam a vida. Dália conta que encara a morte como algo que pode chegar a qualquer momento e, por isso, defende a importância de se saber viver o presente.

Dia 28/10/2018 – situação de crise

No domingo de eleição presidencial, às 15h15, recebo uma ligação do número de Dália, mas a ligação foi feita pela melhor amiga dela (que já havia ido ao IPq para acompanhá-la na

terapia algumas vezes), que estava muito agitada. Ela conta que Dália estava dentro de seu banheiro com uma navalha de barbear se cortando e falando que queria se matar, e que não deixaria ninguém se aproximar dela. Peço para que leve o telefone para Dália, para tentar conversar com ela. Dália está muito ansiosa, ouço ela chorando muito e mal consigo entender o que ela fala pelo telefone:

Dália: – só quero morrer, não aguento mais tudo isso.

Psicólogo: – o que aconteceu, você quer conversar disso?

Dália: – não quero falar [chorando muito].

Psicólogo: – Dália, você acha boa ideia ser internada?

Dália: – sim...

Psicólogo: – então, vou fazer o seguinte, vou ligar para o IPq para ver se daria para te internar lá.

Primeiro, preferi perguntar o que ela achava, devido à gravidade da situação e também porque ela não queria conversar comigo. Liguei ao IPq e me disseram que não era possível internar alguém por urgência psiquiátrica, mas me indicaram hospitais perto de onde Dália morava. Também tentei entrar em contato com o psiquiatra de Dália, mas ele não atendeu o telefone. Voltei a ligar para Dália e, dessa vez, ela conversou comigo, estava um pouco menos nervosa e consegui entender o que ela dizia. Contou que tinha discutido com o seu namorado na noite anterior e que saiu desesperada da casa dele no meio da madrugada, chegando na casa da amiga às 3 horas da manhã. Referiu estar se sentindo muito frustrada com as pessoas porque ninguém compreendia o que ela estava passando.

Dália: – só quero um abraço e um pouco de carinho. Sempre ajudei todo mundo que pude e, agora que eu preciso, as pessoas viram as costas... Me desculpe por estar te incomodando num domingo, sinto vergonha por isso.

Psicólogo: – fico feliz de você ter me procurado, eu estou aqui disponível para quando você se sentir mal. Não fui eu quem te disse para me ligar sempre que fosse necessário, não importando a hora ou o dia?

Dália: – verdade...

Psicólogo: – mal consigo imaginar o [quão] difícil deve estar sendo para você este momento, mas eu tenho certeza que você está melhorando com o tratamento, porém o ambiente na casa do namorado está te fazendo muito mal.

Dália: – é verdade, não posso continuar mais naquela condição, aquela velha está infernizando minha vida e a do Miguel também.

Depois de quase uma hora com Dália falando sobre como a sogra a tratava mal e o seu namorado não tomava uma postura sobre isso, além de ele a estar tratando cada vez pior, sinto que ela estava muito mais tranquila. Pergunto se ela se sente melhor. Dália responde que sim, então volto a dizer que, se ela precisar, pode voltar a me ligar.

Depois de duas horas dessa ligação com Dália, recebo um telefonema do psiquiatra dela. Expliquei a ele o que aconteceu e que a situação já estava controlada, então ele me conta que está muito difícil de fazer internações em qualquer hospital, que não há vagas devido à redução

de verba e aos escassos recursos em que a saúde pública se encontra. Digo que, no meu ponto de vista, foi melhor que Dália não tivesse sido internada, pois penso que a internação seria muito negativa para ela. O médico concorda comigo.

Dália 16 – 01/11/2018

Sinto Dália bem tranquila. Contou que teve uma forte discussão com a sogra, mas que o lado positivo era que Miguel tinha ficado do seu lado, que agora ele estava muito atencioso e preocupado em tratá-la bem. Também noto que Dália está com o rosto mais fino, então ela conta que já perdeu 7 quilos desde que trocou os medicamentos há duas semanas.

Dália se sente mais calma, diz que foi bom ter tido a crise no fim de semana pois falou tudo o que ela sentia em relação ao namorado. Depois, na terça, ela fez o mesmo com a sogra. Miguel quer fazer do quarto dele uma quitinete, para que Dália não tenha que cruzar com a sogra. Conta que não conseguem se mudar para o centro porque Miguel está trabalhando como motorista do ônibus da mãe, fazendo o turno da madrugada, então ficaria muito longe para ele se viessem para o centro. Também não conseguem alugar outro lugar, pois estão com as contas apertadas, não podendo ter mais despesas.

Havia duas semanas que não conseguíamos fazer uma sessão – em uma tive que sair de São Paulo para um congresso, mas tinha avisado Dália com bastante tempo de antecedência (semana do dia 08/11/2018) e, na quinta-feira seguinte, que foi feriado da Proclamação da República (dia 15/11/2018).

Dália 17 – 22/11/2018

Chegou à sessão muito contente, contando que Miguel passou a tratá-la muito bem, estava carinhoso e atencioso. Ele decidiu que era na hora de sair de perto da sua mãe e os dois vão se mudar para o apartamento no centro. Dália estava tendo muitos ataques de pânico antes de ele tomar essa decisão, muito devido à tensão contínua que a mãe dele estava causando todos os dias nela.

Sinto como ela está mais feliz, embora demonstre bastante ansiedade, mas, ao mesmo tempo, uma esperança pelo futuro próximo, falando em projetos novos, como voltar a estudar, fazer academia, começar a sair mais. Voltou a contar sobre a sua adolescência e como a sua mãe era carinhosa e gostava de acolher toda a família, sempre ajudando quem vinha pedir ajuda e fazendo reuniões familiares. Depois da mãe falecer, tudo isso acabou, agora a família só se junta para casamentos ou velórios.

Dália também contou sobre quando conheceu Miguel, na época ela saia muito, gostava de dançar e de se divertir. Sinto como ela está voltando a se lembrar desses momentos só que de forma mais alegre. Então ela diz “não vejo a hora de me sentir melhor, para voltar a sair e me divertir”. Respondo que tenho muita esperança de que isso possa voltar a acontecer logo. Vejo como ela está melhorando a cada dia e, agora que vai sair de perto da sogra, ela vai poder estar mais tranquila e entrar em uma nova fase da terapia.

Dália 18 – 29/11/2018

Aplicamos, pela segunda vez, o teste OQ 45 antes de iniciar a sessão.

Dália estava contente, contou que se sente bem e que está criando coragem para falar com o seu chefe, e disse que começou a exercitar a sua mente com um jogo no *smartphone*. O jogo implica memória e raciocínio lógico. Contou que está dirigindo sozinha, que veio somente ela no seu carro até o IPq, isso é um sucesso para ela, pois há muito tempo não tinha coragem de dirigir sozinha ou mesmo de sair sozinha de casa. Diz que a ansiedade aparece em alguns momentos, mas que numa intensidade que ela consegue controlar. Nas palavras de Dália, “parece que, dessa vez, o meu psiquiatra conseguiu acertar a medicação”. Conversamos sobre como ela tem se sentido melhor, nunca mais teve ausências da consciência, tem dormido melhor mesmo que ainda demore bastante para adormecer, não tem tido mais ideações de morte, como também não tem se cortado mais.

Conversamos sobre como ela sente que a terapia tem ajudado, então ela diz estar muito grata com toda a ajuda que ela tem recebido tanto pelo seu psiquiatra (que a encorajou a fazer a terapia comigo) como também pelo apoio que eu tenho lhe dado.

Dália conta que, na próxima semana, não poderá vir porque tem audiência no INSS, então muito provavelmente irá mudar a sua situação.

Sinto que, hoje, a sessão foi uma retrospectiva dos primeiros seis meses de terapia. Sinto que ela tem muita esperança pelo futuro e que está com muita vontade de continuar o tratamento.

Dália 19 – 13/12/2018

Dália chega à sessão visivelmente agitada, transpirando e com uma fala muito acelerada, dizendo que estava quase tendo um ataque de ansiedade durante o trajeto até o IPq. Então, levo-a para beber um copo d'água, falando com ela de forma mais calma, para que ela também comece a se tranquilizar – vejo que isso teve um efeito tranquilizador.

Depois de faltar na semana passada, devido a estar sentindo muitas dores nas costas, conta que tentou voltar ao trabalho, não tinha me dito nada porque queria me dar uma grata surpresa. Ela tinha esperança de que iria correr tudo bem, que conseguiria se reinserir e conversar com o seu chefe sobre algumas mudanças no seu ritmo de trabalho, como poder tirar férias. Mas se deparou com uma indiferença por parte do seu chefe, que ele nem se interessou por perguntar como ela estava:

Dália: – ele apenas se limitou a falar “que bom que você voltou, tenho um monte de coisas para te passar”, eu acreditava que ele tinha algo de consideração por mim, depois de ter ficado um ano afastada ele nem se importou comigo, isto foi devastador pra mim, comecei a me sentir cada vez pior no escritório. Não conseguia me concentrar, comecei a suar muito, senti meu coração acelerando, voltou tudo aquilo que eu pensei que já tivesse superado. Mas eu realmente queria voltar a trabalhar, queria voltar a ter meu trabalho, mas deu tudo errado, tô [*sic*] me sentindo um fracasso total.

Digo a Dália que o que deve ter acontecido foi que ela voltou ao lugar onde ela sofreu muita exploração por parte desse chefe, e que ele continua sendo a mesma pessoa fria e indiferente. Então, Dália começa a relembrar como era ela quem se preocupava quando outros funcionários eram afastados por problemas de saúde e como ela falava com o chefe para que ele ajudasse. Contou o caso de um senhor que trabalhou 18 anos na empresa e que faleceu de câncer de pulmão e de outro caso de um rapaz cujo INSS estava atrasado, sendo que foi ela que se preocupou em ajudá-los com a papelada do INSS e exigindo ao chefe que lhes desse uma assistência financeira, porque eles estavam passando fome sem receber dinheiro.

Aos poucos, ela foi se dando conta de que o chefe nunca se importou com nenhum dos seus trabalhadores, mas era ela quem trazia a preocupação humana dentro da empresa. Lembra-se de que ela exigiu que o chefe ajudasse, aportando com um pouco de dinheiro na vaquinha que os funcionários estavam fazendo para comprar panetone para o Natal, mas que não foi fácil convencê-lo. Tudo isso fez com que Dália percebesse que ela pode, sim, ser capaz de voltar a trabalhar, mas não naquela empresa com aquele chefe. Senti que era importante resgatar a esperança que ela tinha depositado na sua reintegração laboral, então lhe disse que essa situação foi importante para ela perceber que o futuro dela estava em outro lugar, fora dessa empresa, que essa força e esperança que ela depositara vinha dela, e que mesmo tendo passado por essa frustração, uma vez que nós trabalhássemos sobre o que ela sentiu nesses dias, tenho certeza de que sua esperança iria voltar.

Senti que era fundamental trabalhar a frustração que ela sentiu por voltar ao antigo emprego, a decepção que ela sentira por si mesma e a culpa que ela carregava em relação às

peças que estão cuidando dela – a partir daí, reconectá-la com um projeto de reinserção no trabalho, como sendo a sua principal motivação no dia a dia.

20/12/2018 – Dália enviou mensagem dizendo que não iria conseguir chegar no IPq, que estava tudo bem, mas surgiram uns imprevistos que ela tinha que atender. Como logo viriam as datas festivas de fim de ano, ficamos de nos reencontrar no dia 03/01/2019.

03/01/2019 – Dália enviou uma mensagem explicando que estava voltando da praia, mas, como havia muito trânsito na estrada, ela acreditava que não iria dar tempo de chegar à sessão. Respondo que não era necessário correr ou se preocupar e que poderíamos deixar a sessão para a semana seguinte, sem problema.

Dália 20 – 10/01/2019

Dália contou que tem se sentido bastante triste e que acredita ser pela reação do seu pai, por conta do diagnóstico de câncer de próstata. Ele se fechou de todo contato com os filhos, não responde as mensagens de celular e também havia enviado uma mensagem bem negativa de despedida. Porém, Dália explicou que o câncer dele está num estágio muito inicial e que a operação não tem quase risco nenhum. Falou sobre como ela encarou um tumor maligno com uma postura muito mais animada: “já o meu pai, que tem 72 anos, ainda acredita que tem 30 e não quer aceitar a sua situação”.

Contou que não tem sentido vontade de se levantar da cama, saindo somente um pouco antes do almoço, quando o seu namorado chega em casa: “levanto e arrumo tudo para não parecer que estive deitada até essa hora, toda aquela vontade que estava tendo de fazer as coisas, voltar a academia e voltar a estudar se foi”. Também disse que cancelaram a ajuda do INSS, outro motivo para ela também se sentir mal e pressionada a voltar ao trabalho, porque não lhe estão dando o devido tempo de recuperação.

Conversamos sobre como ela se sentiu afetada pela recepção tão indiferente do seu chefe quando ela pensou que estivesse preparada para voltar ao trabalho. Digo que se somarmos essa decepção com a postura negativa que o seu pai está tendo, podemos compreender o porquê de ela estar se sentindo tão triste nas últimas semanas.

Sinto que ela está desanimada, porém mais tranquila no âmbito emocional, sem ter fortes oscilações de humor durante a sessão. Ela também está se cuidando mais, vestindo-se de forma mais feminina e cuidando do cabelo, então pontuo isso com ela. Sobre o aspecto interpessoal,

sinto que ela está muito confortável de falar comigo, pois, ao encerrar a sessão, percebo ela sorrindo.

Dália 21 – 17/01/2019

Dália chegou à sessão triste, dizendo que tem uma notícia ruim para contar, que acabou com o seu namoro. Tiveram uma discussão, pois ele estava sempre chegando em casa “de cara fechada” e, ao desenvolver a situação, ele revelou que a presença de Dália o estava incomodando. Ela referiu que, durante as férias, ele já tinha sido muito grosseiro com ela na frente dos amigos, chamando-a de gorda, ou insinuando que ela era suja, a ponto de um dos amigos dele vir falar com ela sobre a situação, dizendo que ela merecia alguém melhor do que Miguel.

Para a minha surpresa, Dália estava tranquila, bastante serena sobre o rompimento da relação. Começou a refletir sobre como ela sempre fez com que ele fosse melhorando como pessoa, abrindo as suas perspectivas e melhorando o nível de apresentação dele. Disse que vai ficar muito triste, mas que nunca dependeu de nenhum homem para sobreviver, que ela é uma mulher independente, que paga as suas contas e que pode se virar sozinha, que se ele não quer mais ter ela ao seu lado, então, ela vai continuar com a sua vida. Contou que ele foi o homem que a fez se sentir mais segura, que foi o homem que ela mais amou, porém se ele quiser voltar, ela está aberta a essa possibilidade, mas ele terá que mudar alguns comportamentos que refletem o quanto ele não a valoriza e não compreende a situação que ela está passando.

Dália sente que agora vai poder começar a se preocupar consigo mesma, fazer atividades como ir à nataço (que já está inclusa no pacote de sua academia, localizada perto do apartamento do centro) e começar a fazer algum curso “para voltar a colocar a mente para trabalhar”. Digo que estou impressionado em como ela está lidando com essa situação e, ao mesmo tempo, poder ver projetos futuros para melhorar a sua saúde, e que tudo isso pode ser um indicador de ela estar melhorando, mesmo que a sua percepção não esteja sendo essa. Dália reflete sobre o que digo e concorda.

Novamente, vejo que Dália está se cuidando na forma como se veste e nos cuidados estéticos com o cabelo. Vejo que ela está ganhando confiança e autoestima.

Dia 24/01/2019 – tive um problema pessoal e não consegui chegar à sessão. Avisei por mensagem umas horas antes da sessão, e ela responde que não havia problema, que estava no IPq porque tinha acabado de ter consulta com o seu psiquiatra e que estava bem.

Dália 22 – 31/01/2019

Chegou à sessão bastante sorridente, contando que o seu namorado veio buscá-la, que havia pedido desculpas e que a levou de volta para a casa dele. Disse que agora ele está muito carinhoso com ela, muito compreensivo, chega em casa mais contente e, em geral, tem tratado ela muito bem. Contou que, para ela, foi uma surpresa a reação positiva que ele teve, já que, mesmo ela não querendo se separar dele, acreditou que não voltaria atrás depois do que ele tinha lhe dito. Sente-se muito feliz por ter conseguido se valorizar sem ter tido medo de ficar sozinha, mesmo passando pela fase em que está. Mas contou estar muito feliz de não ter perdido o seu namorado: “o homem quem mais amei na vida”.

Contou que está com muitos problemas para adormecer, sente ansiedade constantemente e, por isso, é difícil adormecer. Por outro lado, está tendo muitos inícios de ataques de pânico, geralmente quando está fora de casa ou quando está se preparando para sair. Isso a tem deixado triste, pois, em novembro, ela não tinha mais nenhum desses sintomas.

Psicólogo: – acredito que isso está acontecendo devido à decepção que foi a recepção tão indiferente do seu chefe quando você voltou a se apresentar ao trabalho. Mas também acredito que a situação no trabalho foi a gota que transbordou o copo, já que, da forma como você vivia, era sempre fazendo alguma coisa, saindo, viajando, não se apegando a relações com homens. Vejo isso como uma forma de não deixar que a angústia e a tristeza, que você carrega das experiências difíceis que passou durante a vida, tomem conta do seu estado afetivo.

Dália: – sim, não consigo ver qualquer situação de abuso a uma mulher, isso me deixa doida, quero matar o cara que está fazendo isso, mesmo que seja na TV tenho que mudar de canal para não ficar destrocada. Aquele canalha que me estuprou não sabe o mal que me fez e que ainda me faz tudo aquilo. Mas ele já se foi, mataram ele poucos anos depois dele ter me agredido, penso que mataram ele por vingança de outra menina que ele deve ter abusado.

Psicólogo: – entrar nessas memórias, aqui na terapia, acredito que vai te ajudar muito a transformar a forma como essa experiência terrível te afeta, mas claro que tem que ser à medida que você se sinta preparada para abrir essas portas que estiveram tão trancadas durante tanto tempo.

Dália: – eu pensava que as tinha trancado e jogado a chave fora, mas, na verdade, elas sempre me acompanham, somente sou eu quem tento fechar os olhos e ouvidos acreditando que, assim, eu vou esquecer delas.

Trabalhamos sobre como agora ela parou de se cortar, como também não está tendo mais ideações suicidas. Ela conta que, nesta semana, pensou que há muito tempo não se corta e que, sobre as ideias de morte, nem se lembra da última vez que apareceram. Digo que os ataques de pânico acabam sendo bem menos preocupantes do que essas outras situações, que eu noto o quanto ela está progredindo no tratamento, o quanto ela está se esforçando e melhorando. Ela conta que estabeleceu como meta, para voltar a trabalhar, até o final deste ano, dizendo que não aguenta mais ficar em casa. Respondo que vamos trabalhar juntos nisso.

07/02/2019 – Dália não apareceu à sessão, então enviei uma mensagem perguntando se estava tudo bem, devido à ela não ter aparecido. Dália respondeu que adormeceu, esqueceu-se de colocar o alarme e não acordou, pediu desculpas e disse que foi porque está dormindo pouco durante a noite. Mostrou-se muito preocupada pelo acontecido. Respondi que não tinha problema, que isso acontece e que, na próxima semana, estarei esperando por ela. Ela me agradeceu.

14/02/2019 – Dália enviou uma mensagem explicando que não iria comparecer à sessão, pois estava levando o seu namorado ao hospital. Explicou que ele caiu da escada ontem e que estava com dores para respirar, que não conseguia se mexer sem sentir dor. Desejei sorte e que cuidasse dele, que nos veríamos na semana seguinte.

21/02/2019 – Dália enviou mensagens horas antes da sessão, dizendo que não iria comparecer novamente, pois estava com muitas dores no corpo, mas alegando que estava bem. Pediu desculpas e que o tratamento não acabasse devido às faltas. Respondi que não se preocupasse, pois, na semana seguinte, estaria esperando por ela para a sessão.

Dália 23 – 28/02/2019

Dália chegou à sessão com um ar alegre e leve, contando que estava tudo indo muito bem, que havia começado a fazer academia junto com o seu namorado, na semana passada, dizendo que voltar a fazer exercícios depois de tanto tempo estava sendo todo um desafio físico. Disse que o corpo todo ficou doendo, mas que ela sabia que no começo era assim mesmo. Também contou que o namorado estava tratando ela muito bem, que no início pensava que depois de algumas semanas ele voltaria a estar “de cara fechada”, mas, pelo contrário, ele está muito atento com ela.

Dália contou que estava conseguindo voltar a ler, começando por relatos de pessoas que superaram a depressão praticando corrida. Ficamos refletindo como a atividade física ajuda a nos sentirmos no controle do nosso corpo e ir superando os nossos limites aos poucos, ganhando confiança de como podemos alcançar o que desejamos. Dália contou que a leitura é pelo computador, mas que está se sentindo muito bem por estar conseguindo ler sem se desconcentrar.

Também contou que a situação com a sogra continua a mesma, mas que não liga mais para os ataques dela, alegando que a ignora e que tenta não se encontrar com ela. Disse que

ainda não se sente totalmente confiante de voltar a viver no apartamento do centro sozinha, mas que, assim que ela se sentir bem com ela mesma, vai ser o passo seguinte, já que o trato da sogra é muito agressivo, não só com ela, mas com o seu namorado também.

Dália referiu que precisava falar com o seu ex-chefe para que ele assinasse uma carta referindo o período de afastamento dela da empresa para, assim, levar à justiça do trabalho. Ela tem tentado evitar essa situação, mas ela sabe que não pode continuar fugindo disso, só falta a carta dele para ela poder voltar a receber a ajuda do governo por afastamento psiquiátrico, mas só de pensar que vai voltar a se sentir tratada como “lixo” (nas palavras dela) isso faz com que a ansiedade aumente e os medos de sair de casa voltem. Digo que na próxima sessão podemos trabalhar sobre essa situação de voltar a ter que falar com o chefe, para que ela se sinta mais preparada para enfrentá-lo. Dália concorda, mas refere que irá falar com o chefe no mesmo dia da nossa próxima sessão, assim ela sabe que depois de estar com ele vai poder ter a sessão comigo para poder me contar como se sentiu.

Dália 24 – 06/03/2019

Dália chegou à sessão contando que estava muito ansiosa porque no dia seguinte iria falar com o seu chefe, dizendo que se sentia com medo e muito insegura. Perguntei o que ela precisaria do chefe, e ela explicou que é uma carta que já está pronta, que tem que ser assinada por ele, descrevendo quando ela deixou de trabalhar na empresa devido ao afastamento médico.

Dália: – a carta já está pronta, mas que só de pensar nele, sinto que vou ter um ataque de pânico.

Psicólogo: – o que seria o pior que poderia acontecer no encontro com ele?

Dália: – seria sentir a indiferença com que ele me tratou da última vez que estivemos juntos.

Psicólogo: – muito provavelmente será isso que vai acontecer.

Dália: – eu sei, também sei que tive que lidar com situações muitos piores durante a minha vida. Quando tinha 15 anos, a minha mãe morreu, depois aos 16 sofri o estupro feito pelo pai de uma das minhas melhores amigas. Na época que isso aconteceu, só contei para um amigo, e esse rapaz era bandido, mas sempre nos demos muito bem desde pequenos, sempre me respeitou. Ele foi o único que notou o quanto eu estava triste depois de ter sofrido o estupro, mas pedi para ele não fazer nada a respeito, mesmo tendo vontade de que o abusador sofresse pelo que fez.

Logo, Dália contou que, depois de uns 5 meses, o abusador apareceu morto no trilho do trem com um tiro na testa; disse que acreditava que ele deve ter abusado de mais garotas além dela. Sinto que Dália vive essa lembrança com culpa e lhe digo:

Psicólogo: – você não teve culpa pela morte desse abusador, ele colheu os frutos das suas ações, você foi vítima de um canalha.

Dália: – sim, passei por muita coisa desde então, depois, com 17, namorei um rapaz que me engravidou e, como você já sabe, meu pai me colocou na rua logo

assim que ficou sabendo. O pai do meu filho logo começou a ser muito agressivo comigo, me batia e me obrigava a transar mesmo ele sabendo que eu não queria. Foi então que eu decidi pegar meu filho e sair da casa dele. Sempre tive muita força e nunca dependi de homem nenhum. Ele quis me tirar a guarda do meu filho, mas a juíza não deixou, ela me perguntou se eu queria alguma coisa dele, uma pensão ou algo, eu só respondi “quero ele longe da minha vida”. Passei por muito na vida e nunca reclamei, nunca me deixei ficar triste nem abalada, ao contrário, estava sempre saindo nos fins de semana, sempre rindo e curtindo a vida, mas acho que foi demais, acho que o que me aconteceu foi uma exaustão total, ninguém consegue aguentar tanto assim.

Psicólogo: – penso que o abuso laboral que o teu chefe fazia com você, de te sobrecarregar de trabalho e não te deixar tirar férias por 3 anos, foi o que fez quebrar você fisicamente.

Dália: – foram 5 anos sem férias, e ele sempre depositava muita pressão e responsabilidade em mim, eu carreguei muita coisa da empresa dele, ajudei muito com que ela crescesse. Quando comecei na empresa eram 28 empregados e quando me afastei eram mais de 60. Me dói muito a sua indiferença, pois eu realmente acreditava que ele tinha algum tipo de consideração por mim.

Psicólogo: – o lado humano que você via nele está em você, isso está em você, acreditar nas pessoas e cuidar delas.

Dália: – verdade, nunca desejei mal a ninguém, pelo contrário, sempre estava bem disposta e ajudava todos que podia.

Psicólogo: – veja se o que vou dizer faz sentido: penso que você também se colocou nessa situação porque, além de gostar de desafios, o fato de estar sempre com muitas tarefas, estar sempre muito ocupada e nos fins de semana você sempre aproveitar ao máximo saindo e viajando, pode estar ligado a uma forma de você se afastar do seu mundo afetivo e de recordações e sofrimento que estão acorrentados nesses afetos.

Dália: – sim, faz todo o sentido [pausa de reflexão]. Mas chegou uma hora que eu explodi e fiquei totalmente destruída [pausa de reflexão]. Agora começo a entender como é importante eu voltar nessas memórias para poder curar o sofrimento que elas ainda me trazem.

Logo, começamos a explorar o seu futuro longe dessa empresa e longe desse chefe, porque, até então, ela não enxergava essa possibilidade. Isso fez ela se animar e começar a pensar em diferentes projetos, como abrir um “*food truck*”, já que adorava cozinhar e atender pessoas. Também ela referiu que, por todas as empresas que passou, sempre se destacou, então tem certeza de que ela irá bem onde se propuser trabalhar.

Dália pareceu ter saído da sessão se sentindo mais confiante sobre as suas capacidades profissionais. À medida que fomos refletindo sobre a relação dela com o seu chefe, ela foi percebendo o quanto se deixou abusar por um explorador trabalhista, mas que ela não vai permitir que isso volte a acontecer.

14/03/2019 – Dália explicou que teve consulta com o ortopedista para ver o problema de hérnia de disco na sua coluna no Hospital das Clínicas bem cedo, e que estava exausta. Combinamos

que, se ela se sentisse muito cansada, podia esperar até a nossa sessão (às 18 horas) para me avisar, pois não haveria problema de deixarmos para a semana seguinte.

Dália 25 – 21/03/2019

Chegou à sessão visivelmente ansiosa, mais do que tem sido de costume nos últimos meses. Dália conta que tem se sentido com muito medo, principalmente porque o seu pai será operado, devido ao câncer de próstata, na próxima semana. Vemos como o medo está relacionado com a ideia de morte do pai, mas ela mesmo entende que é uma cirurgia com pouquíssimo risco. Conta que sente que perdeu a liberdade que tinha alcançado, liberdade relacionada a se sentir confiante de que não teria ataques de pânico saindo de casa. Diz que está triste e decepcionada por ter voltado a sentir esse medo contínuo sempre que sai de casa.

Trabalhamos sobre as situações que ela tem passado nas últimas semanas, chegando à conclusão que a soma delas tem elevado a sua ansiedade e consequentemente o medo devido a não saber o que acontecerá na cirurgia do seu pai. Na semana passada, Dália foi ao ortopedista com muita esperança sobre ter algum tipo de resposta e possível tratamento para as suas dores nas costas, mas conta que o médico a atendeu por apenas 5 minutos, que mal olhou para o resultado da ressonância magnética que ela fez nem para as imagens. Diz que ele receitou fisioterapia e um remédio simples, porém ela já está há mais de um ano na lista de espera da fisioterapia.

Outra situação difícil que ela viveu foi ter que buscar a carta no antigo emprego, porém o seu chefe não estava na empresa. Falou com ele por celular e conseguiu a carta assinada. Ter ido buscar a carta era algo que Dália estava postergando há muito tempo e que a estava deixando muito angustiada. Mas, felizmente, ela conseguiu o seu objetivo sem ter que ver seu ex-chefe.

Dália explica que tem que ir no INSS para entregar toda a documentação, mas também sente ansiedade devido ao medo de que esteja faltando algum documento, mesmo ela conferindo toda a documentação.

Trabalhamos sobre como Dália está se cobrando muito, já que se sente muito mal por não estar conseguindo ir à academia. Refletimos que ela pode respeitar o que seu corpo está sentindo. Então, ela chega à conclusão de que não deve se cobrar tanto pelo seu físico, pelo menos até seu pai passar pela cirurgia, assim ela vai se sentir mais tranquila em função a todos esses acontecimentos que têm ocorrido e que a tem deixado com muita ansiedade e medo.

28/03/2019 – Havia combinado com Dália que se ela não enviasse mensagem era porque estaria cuidando do pai no hospital e não tinha mais ninguém para acompanhá-lo durante o horário da nossa sessão.

Dália 26 – 04/04/2019

Dália chegou à sessão visivelmente ansiosa, dizendo que nas últimas semanas tem voltado a se sentir com muito medo em sair de casa, devido a acreditar que sentirá dor de barriga e início de ataques de pânico. Pediu muitas desculpas por não ter conseguido vir na última semana. Digo que compreendo e que não há problema, já que eu tenho total noção sobre o quão importante é o a psicoterapia para Dália.

Ela disse que sente que perdeu a confiança que tinha adquirido sobre o seu corpo. Sente-se muito triste e frustrada por conta disso, porém relata estar bem melhor nesta semana do que estava nas duas últimas anteriores; que fez muito esforço para vir até a sessão.

Acredita que, devido ao seu pai não ter conseguido fazer a cirurgia do câncer, por ele ficar com a pressão muito elevada na hora da operação, isso fez com que ele ficasse muitos dias no hospital e Dália foi quem o acompanhando durante quase todos os dias das duas semanas de internação.

Dália: – queria que isso acabasse logo, que meu pai fosse operado de uma vez, mas ele é tão cagão que fica todo tenso, sendo impossível de operar.

Psicólogo: – acredito que essa indefinição do que vai acontecer está te afetando muito. Também pelo fato de ser você quem tem que cuidar dele, num momento em que você está em processo de recuperação. Tudo isso pode ter levado você a se sentir com muitas preocupações e tensões, voltando a aparecer o medo sobre o controle do corpo.

Dália: – sim, acredito que é isso mesmo. Espero que na próxima semana ele possa ser operado, porque ele está ficando cada vez mais pessimista sobre a cirurgia e sobre o seu futuro, mesmo com os médicos explicando para ele que não terá nenhuma repercussão no seu físico e na sua vida sexual.

Ao fim da sessão, Dália estava mais tranquila, agradeceu muito por eu estar acompanhando-a mesmo com as suas faltas.

Dália 27 – 11/04/2019

Chegou à sessão contando que continua se sentindo muito insegura em sair de casa, acredita que a situação do pai não ser operado está a deixando muito ansiosa. Disse que, por estar se sentindo indisposta a sair de casa, o seu irmão acompanhou o pai na consulta médica. Contou que foi muito ruim, pois o irmão não fez nenhuma das perguntas que ela tinha separado para ele fazer e as indicações sobre o que poderia ser feito no pré-operatório para ajudar a baixar

a pressão do seu pai. Em resumo, a operação está suspensa pelo menos até daqui a um mês. Dália sente que sempre tem que ser ela a resolver os problemas da sua família, e dessa vez não será diferente. A sessão fica em volta disso.

Sinto que, de algumas sessões até esta data, Dália tem se demonstrado muito presa nos problemas do presente em relação a sua família, o que a deixa muito ansiosa devido à incerteza do que irá acontecer.

Dália 28 – 18/04/2019

Aparentemente, está muito ansiosa e fragilizada. Contou que descobriu o que parece ser uma traição do seu namorado, pois encontrou umas mensagens no celular dele com uma mulher, combinando de se encontrarem. Isso a deixou devastada, pois o que sempre pediu para ele é que não a traísse. Porém, o namorado disse que não era nada disso, que não a traiu nem quer. Dália sente-se presa a ele, porque deixou de receber o INSS e depende dele financeiramente. Por outro lado, conta que voltou todo o medo que ela sentia no ano passado quando saía de casa, medo da vergonha por passar mal do estômago e não conseguir chegar a um banheiro. Refere que cada vez que sai de casa, começa a sentir dor no estômago e tem que ir rapidamente no primeiro banheiro que ela encontrar.

No fim da sessão, conta que se sente mais tranquila e que sabe que, por enquanto, tem que conseguir lidar com essa situação.

Dália 29 – 25/04/2019

Chegou à sessão com o braço direito engessado e com uma expressão muito triste e desanimada. Contou que sofreu um acidente e quebrou o braço ao proteger o seu sobrinho da queda de *skate* de seu namorado, e, assim, escorregou de costas e apoiou os braços na hora do impacto. Relata que, no momento do impacto, ela já sabia que tinha quebrado o braço esquerdo, mas “pelo menos o meu sobrinho não sofreu nada com a queda, já que ele caiu em cima de mim”. Está preocupada, pois disseram que ela vai ter que passar muito tempo de recuperação, porque foi um acidente grave que quebrou duas partes do antebraço. Mas sua preocupação principal é com o seu pai, que será operado logo. Dália diz “agora quem vai cuidar dele? Tinha que acontecer isso bem agora?! Está acontecendo uma coisa ruim atrás de outra, tá [*sic*] vindo tudo junto. Mas não tenho nada a fazer além de aguentar”.

A sessão, então, passou a focar no que vai ser da sua vida agora com o braço direito tão limitado, sobre o impacto que isso vai ter na vida dela nos próximos meses. Porém, à medida

que a sessão foi passando, Dália mudou o seu estado afetivo, demonstrando estar mais tranquila e mais positiva para encarar seu futuro.

Dália 30 – 02/05/2019

Chegou à sessão visivelmente ansiosa, contando que a sensação de medo de sair de casa tem se agravado muito. Disse que, devido ao fato de depender do seu namorado para trazê-la ao IPq, ela havia perdido a paciência com ele na hora que se despediram, pois ele não iria conseguir ficar para levá-la para casa. Relatou se sentir muito decepcionada consigo mesma por depender dos outros, também por sentir que perdeu toda a independência que ela tinha adquirido durante o tempo de tratamento da psicoterapia, já que voltou a sentir essa incapacitação causada por ela passar mal quando está fora de casa. Contou que seu psiquiatra do Ipq, com quem tem uma ótima relação, vai se aposentar e que ela vai passar a ser atendida por outro profissional. Disse já estar se sentindo ansiosa devido a possibilidade de ela não gostar desse novo médico, e por ter que voltar a contar toda a sua vida para alguém. Trabalhamos nisso e decidimos mudar o dia da nossa sessão para a mesma tarde do dia da consulta de psiquiatria. A ideia disso era ela saber que vai poder me contar como se sentiu e, assim, se sentir mais segura; além disso, pensei também na sua dificuldade de se locomover.

Sinto a necessidade de lhe devolver uma visão compreensiva sobre o que está acontecendo com ela. Então, trabalhamos em cima dos acontecimentos dos últimos meses e em como esse acumular de situações agravou a sua condição, emergindo essa sensação de insegurança nela. As situações ocorridas foram: em primeiro lugar, a decepção que ela teve ao tentar voltar ao trabalho, no qual o seu chefe se mostrou indiferente com a sua presença; em segundo, o seu pai estar demorando tanto para operar o câncer de próstata, que estava num estado inicial, pois ela ficaria responsável por cuidar dele, mas agora, com o acidente no seu braço direito, ela está incapacitada de fazer as tarefas básicas da casa; em terceiro, ela ter encontrado a possível traição do seu namorado, situação que parece estar superada, porém continua a lhe causar insegurança, já que ela se sente culpada e que está sendo uma carga para todas as pessoas ao seu redor.

No fim da sessão, sinto que ela aparenta estar um pouco mais tranquila e combinamos de nos ver na sexta-feira da semana seguinte, após a consulta com o seu novo psiquiatra.

Dália 31 – 09/05/2019

Dália contou que não foi atendida pelo novo psiquiatra, pois ele teve um problema e não compareceu, embora tenham tentado lhe avisar sem sucesso. Ela está um pouco chateada, pois

não queria mudar de psiquiatra, mas entendeu que não havia opção. Diz que está se sentindo cada vez com mais medo de sair de casa, que é só pensar em ter que sair que ela se sente ansiosa e começa a sentir o estômago revirando.

Dália refere ficar indignada com ela mesma por não conseguir sair sem achar que vai passar mal e que vai sofrer muita vergonha se ela não conseguir se controlar; isso a está deixando muito mal, voltando até a ter ideias suicidas. Trabalhamos sobre isso, como a situação que ela tem medo é a de se sentir exposta e virar risada das pessoas, se sentir humilhada. Observamos que o olhar do outro acaba sendo algo muito agressivo, e ela acredita que ninguém iria ajuda-la, pelo contrário, as pessoas iriam gravá-la por celular e rir dela. Ficamos refletindo sobre essa certeza que ela acredita que iria acontecer, mas que não havia como sabermos se realmente aconteceria dessa maneira. Por outro lado, pensamos sobre algumas formas de ela poder recuperar a sua segurança. Falamos sobre ela poder usar fralda e, assim, se acontecesse de ela passar mal e não conseguir se controlar, ela estaria minimamente protegida. Referiu que é uma opção, porém ela sente que usar fralda seria o caso de alguém que está muito doente e que ela não quer se sentir dessa forma, então trabalhamos sobre esse autopreconceito que ela levantou sobre uma estratégia que seria para ela se sentir mais confortável e ir afastando o medo.

Nesta sessão, sinto que ela está bastante ansiosa, mas foi se tranquilizando ao decorrer da sessão.

16/05/2019 – Não pôde vir à sessão, mas ligou para contar que está se mudando da casa do namorado, por ele desejar o término do relacionamento. Sente-se destroçada, sente muita ingratidão por parte do ex-companheiro, porém diz que vai seguir em frente, que a situação está muito difícil, ainda mais agora com as dores no braço direito e sem conseguir fazer nada com ele. O médico está esperando que calcifique um pouco para poder fazer a operação. Digo que estarei esperando o seu retorno e que, se precisar, pode me ligar para conversarmos.

Dália 32 – 23/05/2019

Dália contou que finalmente foi operada do braço direito, colocando dois pinos bem cumpridos em todo o antebraço e tendo que ficar vários dias internada. Disse que a trataram muito bem no hospital, que gostou muito do médico e da equipe toda de atendimento, mesmo sendo num hospital bem humilde.

Sinto que ela está bem tranquila e feliz. Ela conta que está morando no apartamento do centro, que decidiu ficar lá permanentemente. Diz que seu pai está muito atencioso com ela,

que ajuda a fazer as compras no mercado e insiste em lhe dizer que, caso precise de algo, é para chamá-lo. Relata ter sido muito bom ver como o seu pai está cuidando dela.

Conta que seu ex-companheiro voltou a procurá-la e que quer voltar a ficar com ela, porém Dália colocou condições – dessa vez, ela ficará morando no centro, não vai voltar mais a morar com os sogros. Diz estar se sentindo cada vez melhor, aos poucos está saindo mais de casa sozinha, embora ainda tenha medo de sair à rua, ela está ganhando confiança: “conversando comigo mesma, falando para mim que está tudo bem com o meu estômago, que o mal-estar é da minha cabeça. Vou dizendo isso e consigo controlar”.

Diz que se sente muito tranquila e bem no apartamento e que o namorado vem quando pode, que às vezes chega bem cedo e a trata muito bem: “me dei o valor de não procurá-lo, pois ele tinha me mandado embora, e estou feliz por ele ter vindo querer voltar a ficar comigo. Aqui consigo ficar em paz e sei que vou melhorar”.

Vejo como ela está voltando a ganhar confiança em si mesma e a ter esperança no futuro; sinto que ela está tranquila e alegre.

Dália 33 – 30/05/2019

Dália chegou à sessão tranquila, porém com um ar de tristeza, contando que vão ter que voltar a operar o seu braço, pois o corpo está rejeitando o metal dos pinos e o médico tem medo de que comece a infeccionar. Referiu que “não tem jeito, vou ter que encarar”. Porém, a parte positiva é que o osso começou a calcificar.

Diz estar se sentindo melhor para sair de casa sozinha, embora ainda tenha que ficar trabalhando num diálogo interno de que nada vai acontecer se ela sair, mas está indo ao mercado sozinha ou ao IPq. Conta que cada vez que volta para o apartamento, depois de ter saído sozinha, se sente muito bem consigo mesma, tem um sentimento de vitória: “sinto estar conseguindo recuperar aos poucos a Dália que fui no passado”.

Relata estar se sentindo tranquila e em paz no apartamento, porém tem dias que ela sente medo de que alguém possa invadir a sua casa para lhe fazer mal, apesar de esses medos estarem perdendo intensidade à medida que ela vai se sentindo mais independente para fazer as coisas sozinha.

No fim da sessão, sinto que Dália está mais contente e feliz, nos despedimos com um grato abraço.

7.2.2 *Paciente Gardênia*

Gardênia 1 – 14/06/2018

No começo da sessão, sinto Gardênia apreensiva, bastante agitada também. Durante o relato da sua situação, ela contou ter muitos pesadelos, referiu estar com muitas dificuldades de se relacionar com o seu companheiro, tendo ataques de raiva contra ele. Também contou que teve que se afastar do trabalho e que foi internada no IPq devido a ter ficado, como ela mesmo referiu, “bugada da cabeça”.

Relata ter muita espiritualidade, que frequenta igreja evangélica e faz parte das reuniões semanais de forma ativa. Contou que o seu psiquiatra do IPq sempre a motivou a seguir a espiritualidade e que a sua relação com Deus também tem ajudado muito a encarar as situações difíceis que ela tem passado desde a sua primeira internação.

Refere ter problemas na relação com a sua filha adolescente, o seu atual parceiro não é o pai da sua filha, o pai dela não faz mais parte da sua vida há mais de 10 anos. Por coincidência, o atual parceiro tem o mesmo sobrenome da filha, o que deixa os dois muito contentes (a filha e o padrasto).

Conta que se sente muito angustiada ao entrar em transportes públicos muito cheios quando está sozinha, por isso ela vem acompanhada da filha, que não está nada contente por vir até o IPq. Diz que se sente sufocada quando está no ônibus e por vezes começa a passar mal, lhe digo que acredito que seja o início de um ataque de pânico devido a angústia e ansiedade que se intensificam.

Senti que ela estava muito sensível afetivamente, chegou quase a chorar em diferentes momentos da sessão. Rapidamente o seu estado emocional mudou da alegria para um sofrimento intenso com muita angústia.

Nesta primeira sessão, vejo que ela conta diferentes situações, mas não especifica datas, como as duas internações, nem quanto tempo ficou internada, também não disse há quanto tempo está afastada do trabalho.

21/06/2018 – Gardênia não pôde comparecer à sessão porque precisou ir a uma reunião na escola da filha, porém não avisou, o que me deixou preocupado.

Gardênia 2 – 28/06/2018

Contou como chegou a ser internada a primeira vez. Iniciou relatando que trabalhava na área comercial de uma loja que vendia roupas e tecidos, e tinha uma ótima relação com clientes

que compravam muita quantidade de peças, referindo que ela tinha uma das melhores médias de vendas de toda a loja. Isso provocou muito ciúmes da sua chefe direta, que infernizava a sua vida para que ela pedisse demissão. Porém, Gardênia a confrontava, o que elevava ainda mais o nível de opressão exercido pela chefe. Mas nunca informou o que estava ocorrendo para a diretoria da empresa. Ela sempre acreditou que se contasse os problemas com a sua chefe, quem iria ser mandada embora seria ela, pois a chefe estava na empresa há muitos anos e sempre fez o mesmo com todas as vendedoras que se destacavam – fazia da vida delas um pesadelo até que pedissem demissão. Mas, depois de pouco mais de um ano vivendo sob a pressão contínua que essa mulher fazia nela, Gardênia acabou tendo um surto nervoso dentro da loja, gritando muito, xingando todos e tirando a própria roupa. Gardênia refere não se lembrar de quase nada do que aconteceu, só de ter se sentido extremamente cansada e irritada naquele dia, além de estar sempre muito tensa dentro da loja. Ela foi levada para um hospital perto do trabalho, onde foi encaminhada para o IPq e internada logo em seguida.

Gardênia contou sobre a sua primeira internação, quando ficou 45 dias internada, referiu que se decepcionou com o marido (ela o chama de marido, embora não sejam casados), já que estavam organizando o casamento, mas a primeira coisa que ele fez quando ela foi internada, foi devolver o vestido para a loja. Gardênia conta isso com lágrimas e de maneira muito triste. Ele também tinha acabado a relação um tempo antes por medo do diagnóstico de transtorno borderline (leu algo na internet que o deixou com muitas dúvidas e medo da relação), mas poucos dias depois se arrependeu. Com tudo isso, Gardênia contou que não se sente segura para se casar, que sente ciúmes muito intensos e que todos os dias no horário do almoço ela liga para o parceiro, assim ela ocupa o tempo dele de folga, para não estar com outras mulheres.

Questiono se isso é saudável para a relação e ela responde que tem consciência que não é, mas que não consegue se controlar e acaba ligando sempre. Gardênia pensa muitas vezes em acabar com a relação.

Contou que não gosta de se relacionar com as pessoas em geral, mas que tem algumas amigas com quem se dá muito bem, uma delas é a sua líder no grupo da igreja. Elas têm feito uma amizade muito próxima desde que ela começou a frequentar essa igreja.

Relatou ainda como foi o tempo que passou internada, que, devido aos medicamentos, não sentia nada de afetos, mas que se divertiu com as outras pacientes quando faziam transações em que a moeda de troca era o cigarro ou o panetone.

Gardênia 3 – 05/07/2018

Contou como o grupo da igreja dá todo um acolhimento, que ela se sente em família, fazendo parte de uma comunidade. Não são nada conservadores em relação a roupas femininas e, no geral, fazem parte desde adolescentes até pessoas com quarenta e poucos anos.

Disse como foi para ela quando ficou sabendo que tinha papilomavírus humano (HPV) e que a enfermeira que informou sobre a doença a tratou muito mal, acusando-a de ser promíscua e de que ela estava com câncer. Até hoje (9 anos desde esse episódio), ela continua fazendo exames para ver se a doença volta, contando que o tratamento foi muito simples.

Gardênia ficou muito fragilizada ao relatar como foi tratada pela enfermeira, pois ela refere ter sido abusada sexualmente, porém não desenvolve o tema. Disse que sempre se preocupou com a sua sexualidade e que, mais para a frente, ela vai contar o que aconteceu sobre o abuso que sofreu, mas que ainda não está preparada para tocar nesse tema.

Contou que está se preocupando mais com a sua aparência, coisa que não acontecia há muitos anos. Voltou a frequentar a academia para fazer exercícios e está fazendo uma reeducação alimentar.

Sobre a interpessoalidade, sinto que ela está muito mais à vontade comigo, um pouco mais tranquila e alegre.

12/07/2018 – Gardênia avisou por mensagem que não iria comparecer à sessão.

Gardênia 4 – 19/07/2018

Chegou muito sensibilizada, com muita ansiedade e tensa, explicando que tinha perdido a cabeça com a filha e com o marido. Sente vergonha por não ter conseguido controlar a sua agressividade contra eles, por conta disso acha que é um perigo para os outros, sentindo-se culpada. Referiu ter voltado a sentir medo quando sai de casa, acreditando que as pessoas estão olhando para ela e falando mal dela.

Trabalhamos com esses medos, percebendo que ela se sentia mal por não conseguir dissimular o que sentia. Tentei deixar ela desabafar, como também refletir sobre os medos e as situações em que isso acontece. Então, o seu estado emocional mudou completamente, começou a se sentir melhor, visivelmente mais alegre, e começamos a satirizar as situações de que ela sentia medo. Referiu estar se sentindo mais leve e tranquila agora que conseguiu contar tudo isso durante a sessão. Reforcei dizendo que a sua autenticidade não era um defeito, que era, na verdade, uma virtude, mas que ela sofria por se expor demais devido às pessoas usarem isso

para machucá-la, como ela contou. Gardênia disse sentir mais confiança em mim e que está começando a me contar coisas das quais ela se envergonha sobre si mesma.

02/08/2018 – Após 15 minutos de atraso, envio uma mensagem para dizer que estou à sua espera. Gardênia responde pedindo desculpas e explica que, no meio do caminho, desistiu de vir para a sessão porque começou a passar mal, tendo muita ansiedade no transporte público, e, por isso, decidiu voltar para casa.

Gardênia 5 – 09/08/2018

Chegou à sessão muito fragilizada. Explicou que está com vergonha de contar o que ela descobriu e, por conta disso, não conseguiu vir na semana passada. Com acolhimento e dizendo que não estou na sessão para julgá-la, Gardênia conta que foi traída pelo marido durante a sua última internação. Isso a desmoronou, tirou toda a sua motivação pelas atividades que vinha fazendo, como ir à academia, cuidar da casa e ir à igreja.

Sente que perdeu a esperança em confiar nas pessoas. Foi através da igreja que encorajaram o noivo a lhe contar sobre a traição. Como isso aconteceu antes de ele se converter ao cristianismo, para os membros da igreja, ela deveria perdoá-lo, porque agora ele é uma pessoa nova. A própria líder do grupo que Gardênia faz parte se mostrou mais preocupada com o casamento em grupo, que seria realizado em poucos meses, do que em como Gardênia estaria se sentindo. Para Gardênia, a líder era sua amiga, e quando ela lhe contou a traição do marido, Gardênia estava esperando compreensão e acolhimento. Como não recebeu, sentiu-se decepcionada com mais uma pessoa que ela confiava.

Gardênia sente-se pressionada pela igreja a perdoar o noivo, já que eles têm que se casar em outubro, pois moram juntos e isso é considerado pecado. Devido a toda essa angústia que Gardênia traz, decido trabalhar com as suas possibilidades, retirando a pressão da igreja. Isso faz ela se soltar, começar a desabafar entre a raiva que sente pelo noivo, tentando justificar a traição dele como sendo apenas um ato carnal, pois, na época em que isso ocorreu, ela estava internada e, mesmo antes, eles não estavam tendo relações sexuais.

Falamos sobre o que é o perdão para ela, sobre o que ela sente em relação ao seu noivo e que a decisão de o perdoar era totalmente dela e de mais ninguém.

Contou que tinha parado de ir à academia, pois, na última vez que foi, teve um sentimento repentino de ódio a todas as mulheres que estavam presentes. Isso lhe assustou: “foi um sentimento muito ruim contra qualquer mulher, sinto muita raiva das mulheres”.

Na relação com a filha, diz que lhe conta tudo e que ela fez o noivo pedir perdão aos choros a sua filha sobre a traição. Por outro lado, Gardênia sabe que não pode carregar a menina (14 anos) com todos os seus problemas.

Durante a sessão chorou muito, mas o seu estado afetivo foi mudando encerramos quando ela já se mostrava contente. Ao terminar, ela disse que se sentia mais leve e que estava feliz de ter vindo à sessão.

16/08/2018 – Gardênia enviou uma mensagem avisando que não viria à sessão, porque estava com enxaqueca. Reforço que é muito importante que ela compareça na próxima semana e digo para ela se cuidar. Ela agradece a compreensão.

23/08/2018 – Gardênia volta a faltar, mas, dessa vez, avisa com antecedência, dizendo que ainda se sente muito mal para sair de casa.

Gardênia 6 – 30/08/2018

Chegou muito contente por ter voltado a frequentar a academia, sentiu-se acolhida pelo grupo e percebeu que era ela quem pensava mal das outras mulheres, mas que elas não são pessoas ruins. Gardênia se sentiu mal, com culpa por ter pensado mal das outras mulheres. Digo que é compreensível que ela tenha essa reação, por ter sofrido muitas decepções das pessoas, e voltamos a falar sobre a traição que sofreu do seu noivo. Refletimos sobre como isso pode ter gerado nela uma aversão a todas as mulheres, como se elas fossem competir com ela pelo marido. Reforço como foi positivo ela ter conseguido ir à academia, que foi muito bom ela ter colocado para fora, na sessão comigo, toda essa raiva que ela sentia pelas mulheres.

Noto como Gardênia muda o seu estado afetivo de forma intensa e rápida durante as sessões, e vejo como ela se sente à vontade para se expressar livremente comigo. Trabalhamos bastante a questão da confiança/desconfiança com os outros, refletindo sobre como as pessoas podem nos decepcionar, porém como isso faz parte de todas as relações humanas, nem por isso a pessoa passa a ser alguém totalmente ruim.

É interessante observar que Gardênia referiu ter guardado para si (não contou para o marido nem para a filha) que está gostando muito do acolhimento recebido na academia: “tenho que fazer mais coisas por mim, estou sempre fazendo tudo pelos outros e depois estouro”. Contou que gritou com a filha por ela não obedecê-la, quando lhe pediu para ir comprar algo para as duas almoçarem juntas, chegando a quebrar a porta do quarto da filha, mas que se sentiu péssima quando viu a cara do susto da menina.

Trabalhamos os ciúmes que ela sente das amigas da filha, porque a filha conta os seus segredos para as amigas, e não para ela. Focamos em como é difícil para ela ver que a filha está crescendo. Digo que é saudável para uma adolescente ter amigos de confiança, então Gardênia responde que sabe que a sua filha recorre a ela quando tem um problema e precisa de ajuda e conselhos. Refletimos sobre qual seria o papel de uma mãe, Gardênia responde que é educar, dar amor e respeitar. Logo ela diz perceber que precisa do seu próprio mundo, de ter as suas amigas e fazer as suas coisas, para não cobrar tanto do marido e da filha.

06/09/2018 – Gardênia liga para avisar que está com fortes cólicas e que irá faltar.

Gardênia 7 – 13/09/2018

Gardênia sente-se muito incomodada com o marido querer invadir o seu espaço (ele quer ir à academia junto com ela). Disse que o encarou com relação a como ele está sendo falso com o grupo da igreja, uma vez que ele não conta os seus problemas lá. Gardênia sente que é só ela quem se abre para o grupo da igreja, então fica parecendo que ela é o problema na relação deles (segundo a percepção de Gardênia).

Sente-se julgada pelas outras mulheres da igreja, então pergunto se é como se ela tivesse uma “fé fraca” por demonstrar suas fraquezas diante do grupo, e ela refere que é exatamente o que ela sente: “vejo como a terapia é um lugar onde posso me expressar livremente, sem medos. Está sendo muito bom para mim ter este momento”.

Sinto que ela chegou à sessão muito brava, mas foi relaxando. Ao decorrer da sessão, ela contava as situações rindo, mas também chorou quando se lembrou que tem que se fortalecer para voltar ao trabalho, reconhecendo que ainda tem muita coisa para contar na terapia.

Nesta sessão, sinto-me bastante mais confortável para ter uma postura mais ativa, devido a acreditar que a relação psicoterápica está bem estabelecida: reforço que ela está no caminho certo, falando das coisas que mais doem durante a terapia: “você passou por muito sofrimento e vai aprender a se defender de tudo aquilo que sofreu com a sua ex-chefe, da próxima vez você não vai permitir que isso aconteça”. Gardênia chorou bastante após esse diálogo, sinto que são lágrimas de desabafo sobre os abusos que ela passou no seu antigo trabalho. Ao acabar a sessão, ela diz estar se sentindo mais tranquila.

Gardênia 8 – 18/10/2018

Após um mês sem que Gardênia conseguisse vir as sessões, devido a ter voltado ao trabalho, ela contou que foi realocada dentro da empresa, passando da área comercial, onde ela trabalhava e sofria muita agressão por parte da sua chefe, para a fábrica.

Gardênia está muito contente por voltar a trabalhar e, com a mudança para a fábrica da empresa, que fica bem mais longe da sua casa, ela não tem que se encontrar com a supervisora da antiga loja onde ela trabalhava. Contou que teve uma ótima experiência com o médico da fábrica, que a entrevistou e lhe deu confiança para poder falar se estiver se sentindo mal. Gardênia se mostrou animada e feliz na nova função, pois continua trabalhando na área têxtil e de roupas, que ela ama, além de estar aprendendo novas tarefas na fabricação de roupas.

Sinto Gardênia mais segura de si. Disse que não está contando sobre a sua intimidade para as pessoas, como fazia antigamente. Reforço que isso é muito bom, porque ela está aprendendo a se proteger. Relatou que está aprendendo a conhecer a pessoa primeiro, ver se ela merece a sua confiança antes de contar detalhes de sua vida.

Observo como Gardênia traz para as sessões problemas do seu cotidiano, principalmente se focando nas relações que tem. Porém, é difícil ela acessar situações vividas no passado, mesmo ela referindo que precisa falar sobre isso, até então, falou pouco ou nada sobre o seu passado. Acredito que ela precise de mais tempo para sentir confiança na relação psicoterápica para poder se sentir segura de falar sobre questões da sua história de vida.

22/10/2018 (segunda-feira) – 23/10/2018 (terça-feira)

Fico à espera de Gardênia para o atendimento, mas ela não responde as mensagens. Depois de mais de uma hora do horário combinado, Gardênia manda mensagem pedindo desculpas, que estava no culto e que se esqueceu da nossa consulta. Remarcamos a sessão para o dia seguinte e digo que estarei esperando por ela no horário combinado.

No dia seguinte, novamente ela não aparece. Aguardo por 30 minutos durante o horário combinado, não envio mensagem devido a termos combinado, mas essa situação me deixa bastante incomodado, principalmente por ela não ter dito nada sabendo que eu estaria esperando por ela. Fico bastante irritado com a situação, mas decido esperar os dias passarem para dar a possibilidade de ela se explicar.

Na quinta-feira, dia 25/10, ainda sem Gardênia ter dado sinais de vida, envio a seguinte mensagem “Olá, Gardênia, fiquei preocupado por você não ter aparecido na nossa sessão. Entendo que possam acontecer imprevistos, mas você tem que me avisar quando isso acontecer.

Temos que nos comprometer ao horário combinado, se for necessário também podemos mudar para outro horário”. Gardênia respondeu apenas com “fica nesse horário mesmo”.

Acredito que ela não gostou da minha chamada de atenção, porém senti a necessidade de ela saber que fiquei a sua espera, de que fiquei preocupado e de não ter gostado de ela ter me deixado nessa situação.

Gardênia 9 – 29/10/2018

Gardênia pede desculpas por ter faltado à sessão da semana anterior e não ter dito nada, referindo que, com o novo trabalho e a correria dos preparativos para o casamento, tem acontecido muitas coisas e ela fica exausta no fim do dia. Respondo: “desculpas aceitas, eu compreendo que você está passando por um período de readaptação à rotina de trabalho, além de ter muitas coisas para fazer, devido ao casamento pela igreja. Só peço para você me avisar com um pouco de antecedência”.

Dito isso, ficamos bem e continuamos a sessão. Estou contente por ela ter voltado à psicoterapia, confesso ter ficado com receio de ela se afastar do tratamento. Penso que esse momento foi importante como reforço de que conseguimos desenvolver um forte laço terapêutico, e que ela observou que, mesmo errando, eu não irei abandoná-la. Também confesso que me senti contente em ver que ela dá valor ao tratamento e que não quer abandoná-lo.

Gardênia contou que a sua amiga e líder do grupo da igreja tem pressionado muito para que ela perdoe o seu parceiro pela traição que ele cometeu no passado.

Gardênia: – para a minha amiga, ele era outro homem, pois ainda não estava na igreja e não tinha encontrado Deus no seu coração.

Psicólogo: – é isso o que você sente?

Gardênia: – claro que não, ele é a mesma pessoa, não vejo ele ter mudado tanto assim desde que entrou na igreja, mas o que mais me incomoda é que se eu o perdoar ou não é problema meu, isso é algo que não depende dos outros.

Ficamos trabalhando nessa questão do perdão, do que seria perdoar ele e como ela sente que isso aconteceria ou não. O tema foi avançando até chegar na confiança que Gardênia sente no parceiro, e como isso repercutiu na confiança que ela sente com outras pessoas.

Gardênia: – “poxa! Toda vez que eu confio em alguém, essa pessoa me ferra! Você não sabe como isso me magoou [ter sido traída pelo parceiro]. Tem momentos que não consigo olhar para cara dele, vejo só falsidade! Tanto tempo que ele ficou escondendo isso de mim, indo para igreja, falando nos grupos como ele tem mudado com a presença de Deus, mas na verdade ele escondia isso de todos!

Psicólogo: – o bom da terapia é que podemos pensar o que quisermos sem nos sentirmos mal por isso, já que é importante podermos expressar esses sentimentos aqui.

Gardênia: – realmente o que eu queria era esmagar a cabeça dele! [começa a rir]

Eu também acho muito engraçado e começo a rir espontaneamente, porque ela até fez a expressão com as mãos, como se estivesse enfiando os dedos nos olhos, apertando o crânio de uma cabeça imaginária.

Gardênia: – que Deus me perdoe por isso [risos]. Na verdade, ele não é uma má pessoa, ele é um homem muito bom, eu sei disso, e ele gosta muito de mim também. Aguenta todas as minhas loucuras e continua lá. Eu é que bato nele de vez em quando.

Sinto que, para Gardênia, foi muito significativo ter expressado toda essa mistura de sentimentos que sente pelo noivo. Uma vez que limpamos a pressão da igreja, ela conseguiu refletir e se deixar tocar pelo que sente em relação a toda a situação, de ter sido traída e de estar no processo de perdô-lo ou não, nas suas próprias condições e formas.

Nos dias 06, 13 e 20 de novembro, Gardênia envia mensagens explicando que está saindo do trabalho exausta e que não está conseguindo vir à psicoterapia.

Gardênia 10 – 27/11/2018

Depois de três semanas sem sessão, devido à Gardênia não conseguir comparecer, ela volta a me enviar mensagem para retomar as sessões. Ela contou que está se sentindo muito bem na fábrica, com o novo trabalho e com as pessoas da sua equipe. Referiu que “elas são mais simples do que na loja e, por conta disso, são mais diretas em falar o que pensam, então brigam, mas resolvem os problemas na hora, não ficam com rancor falando mal dos outros pelas costas”. Disse que as pessoas gostam muito dela, que se sente muito à vontade com todos e que o almoço passou a ser um momento de muita alegria e descontração.

Gardênia contou que ainda não recuperou a confiança no marido, que qualquer coisa que ele faz a deixa muito irritada. Com o grupo da igreja, ela acredita que amadureceu ao ponto de não se importar mais com o que os outros pensam. Referiu participar das atividades, mas o que a leva a ir à igreja é devido a sua relação com a religião e com Deus, que as questões de intrigas entre as pessoas “são coisas pequenas demais para se preocupar, agora eu tenho que me importar comigo, em continuar estando bem mentalmente, para não voltar a ficar mal da forma que eu já fiquei”. Referiu ainda ter lembranças do passado que a perturbam, que ela preferia não pensar, mas que sabe que vão ter que ser relembradas aqui na psicoterapia.

Refletimos sobre como Gardênia tem conseguido lidar com um novo trabalho e uma nova equipe de forma ótima, demonstrando o quanto ela está melhorando e que agora podemos passar para um novo momento do processo terapêutico e entrar nessas lembranças do seu

passado, à medida que ela se sentir confortável para isso. Então ela responde: “você tem minha permissão para entrar nisso, para começar a entrar nas partes podres da minha vida”.

Sinto que agora que ela conseguiu se adaptar à nova rotina de trabalho, conseguiu encontrar espaço para voltar à psicoterapia, abrindo-se um novo momento do tratamento.

04/12/2018 – Gardênia avisa por mensagem que não poderá comparecer à psicoterapia.

Gardênia 11 – 11/12/2018

Gardênia contou como foi a festa de casamento dela, que foi um grande evento porque muitos casais da igreja se casaram juntos e que, por conta disso, foi uma festa muito linda. Disse que estava tudo muito bem preparado com flores e com um bufê com comida muito boa, que nunca acreditou que iria ter um casamento assim. Demonstrou estar muito contente.

Também me contou, com muita alegria, que foi convidada para ir no casamento de uma colega com quem está se dando muito bem na fábrica, uma gerente de outro departamento. Disse que o casamento dela foi também muito lindo e que ela se divertiu muito.

Contou que vai ter que trabalhar durante este mês na loja, onde ela teve a sua crise, devido a uma solicitação do dono da empresa para ela ajudar com as vendas de natal. Ela referiu não se sentir totalmente preparada, então a sessão importante para ela visualizar como poderia ser voltar lá, para prepará-la para a pressão de estar com a sua ex-chefe. Também trabalhamos bastante em como se comportar para fazer o seu trabalho e não se deixar influenciar pelas intrigas internas que existem naquela equipe comercial.

Sinto que foi importante fazermos esse trabalho de preparação para ela se reencontrar com um ambiente tão nocivo, pois ainda sente muitas mágoas de algumas pessoas que estão lá. Como ela sentiu que não poderia negar o pedido do dono da empresa, teve que acatar essa decisão.

Gardênia 12 – 22/01/2019

Depois de várias semanas sem termos uma sessão, por conta de Gardênia estar saindo do trabalho muito cansada, tivemos uma sessão bem interessante. Como não nos encontrávamos há mais de um mês e como a sessão estava tendo um caminho profundo sobre o lado afetivo, deixei passar o horário do término por mais meia hora (também por ser a última paciente do dia).

Gardênia contou que estava conseguindo lidar com toda a agressividade das colegas na loja, mas que tinha se programado para ficar apenas até o dia 26 de dezembro. Quando chegou

essa data, o dono da empresa pediu para ela ficar mais dois dias, pois uma das funcionárias do comercial se demitiu por que, segundo Gardênia, as outras vendedoras lhe fizeram um inferno no dia a dia de trabalho. Então, no dia 27, assim que Gardênia chegou à loja, uma das vendedoras a agrediu verbalmente, pois toda a equipe de vendas pensou que Gardênia não voltaria mais. Depois disso, Gardênia começou a passar mal, sentiu-se com muita ansiedade e saiu da loja, porque teve a sensação de que iria desmaiar ou agredir alguém. Por sorte, ela se lembrou do número da irmã, que veio ao seu auxílio e a levou para o hospital. O médico que a atendeu quis interná-la, mas Gardênia se negou, dizendo que tinha seu psiquiatra e psicólogo do IPq em caso de emergência e que ela já se sentia melhor, que não era preciso ser internada.

Ao relatar a história, Gardênia demonstrou se sentir triste e decepcionada. Digo que só o fato de ela ter aguentado bem os 26 dias no antigo local de trabalho demonstra o quanto ela está melhorando com o tratamento. Trabalhamos em como ela foi corajosa e encarou o desafio de voltar a estar no meio de pessoas que lhe fizeram tanto mal. Senti que era importante demonstrar a ela o quanto tem se fortalecido e mudado positivamente a forma como ela se relaciona com as pessoas. Senti a necessidade de dar não só acolhimento, mas de restaurar parte da confiança em si mesma. Ao fim da sessão, sinto Gardênia bem mais tranquila.

Gardênia 13 – 30/01/2019

Gardênia iniciou contando como tem sido voltar a trabalhar na fábrica, que tem feito amizade com uma das gerentes de outra área, que foi natural a amizade, já que Gardênia a ajuda sempre que pode e a amiga lhe dá carona para voltar para casa.

Depois ela referiu ter sentido medo no ambiente de trabalho: “começo a achar que está todo mundo reparando em mim, que eles sabem o que eu estou pensando, começo a ficar angustiada e com medo... Não quero voltar a me sentir aprisionada, não quero perder tudo o que tenho conseguido”. Trabalhamos os medos que ela está sentindo, sobre como sente uma pressão constante por não poder falar sobre isso com ninguém do trabalho, porque acredita que vão se assustar com ela, achando-a louca. Respondo que, só pelo fato de ela estar podendo conversar comigo sobre isso, provavelmente vai se sentir bem melhor, porque vai tirar essa pressão de cima dela e também porque damos espaço para ver o que os seus afetos têm a dizer sobre o que está acontecendo com ela.

Gardênia contou que o medo dela voltar a perder tudo o que ela tem conseguido neste ano vem dela ter sido internada 5 vezes nos últimos anos. Disse que viu paciente morrer por conta de tanta medicação psiquiátrica (o rim deixa de funcionar), outros ficaram cegos ou desenvolveram diabetes:

Gardênia: – é a primeira vez que estou fazendo uma psicoterapia e cada vez me sinto melhor, só remédio não adianta nada, as pessoas morrem de tomar tanto remédio e não melhoram.

Psicólogo: – então é primeira vez que você faz algum tipo de processo psicoterápico?

Gardênia: – teve uma vez que participei numa pesquisa de 15 ou 12 sessões da terapia cognitivo-comportamental de choque.

Psicólogo: – como assim de choque?

Gardênia: – sentia que só me davam porrada, a psicóloga me obrigava a falar de coisas que eu não queria, que eu não me sentia confortável para falar, depois das sessões eu cheguei a vomitar de tão mal que me fez, não me deixavam nem vir acompanhada, porque, segundo eles, tinha que desenvolver a minha autonomia. Daí acabei gastando toda minha grana em táxi porque passava mal (síndrome de pânico) se voltasse de transporte para casa. Não foi um tratamento, foi uma tortura que me fez quase desistir de fazer outro tipo de terapia. Se não fosse o doutor (o seu psiquiatra aqui no IPq) que insistiu que, dessa vez, seria diferente, eu não teria feito nunca mais outra terapia, ainda bem que ele insistiu.

Ela se emocionou quando falou sobre o que sentia, mas depois ela se mostrou muito mais descontraída e contente. Ficamos rindo sobre as situações hilárias que aconteceram no seu ambiente de trabalho e como a sua líder da igreja tem estado menos invasiva, depois de Gardênia ter chamado sua atenção.

Meia hora depois da sessão, Gardênia enviou uma mensagem agradecendo muito por ouvi-la e que se sente bem melhor. Agradeceu por eu não ter desistido dela.

No começo da sessão, senti bastante tédio – penso que Gardênia estava com um modo afetivo muito pesado, repetindo as mesmas questões em relação ao trabalho e ao grupo da igreja sem se colocar afetivamente –, mas, à medida que ela foi abrindo seu estado emocional e fomos refletindo sobre essas emoções, fui me sentindo mais próximo dela e a sessão correu de forma bem dinâmica e profunda no desvelamento de significados.

Gardênia 14 – 07/02/2019

Gardênia chegou à sessão contente, por ter tido uma forte discussão com a líder do grupo de igreja, que não respeitou a sua privacidade, sendo extremamente invasiva. Relatou que, no sábado, ela foi ao culto de manhã, pois de tarde iria se encontrar com a sua família, e foi exatamente isso que ela avisou por mensagem a sua líder. A líder, não contente com a explicação, perguntou por mensagem “o que você vai fazer com a sua família?”. Gardênia não respondeu nada, mas a líder não ficou satisfeita e ligou para ela, que não a atendeu. Dias mais tarde, Gardênia ficou sabendo que a líder foi à casa de uma cunhada de Gardênia para perguntar onde ela tinha ido no sábado. Para Gardênia, sua líder passou dos limites, então a confrontou diretamente:

Gardênia: – disse tudo, falei que ela era invasiva, que não respeitava os outros, que nem meu marido fica xeretando a minha vida assim. Que ela não tem o direito de fazer isso na vida das pessoas. Daí ela me responde “estou vendo o que você é realmente, você tem que pedir a Deus para te mostrar o caminho para melhorar o teu caráter”. Nossa, aí que eu fiquei puta mesmo! Como se eu fosse uma jovenzinha que precisasse ser colocada no lugar! Fiquei pensando “será que tem algo errado comigo, de ver a religião como um contato com Deus?”. Te conto, me faz tão bem ir lá, ouvir o que o pastor tem a dizer, me conectar com Deus... Sempre tento ajudar quem posso e não julgar as pessoas, sempre sou eu de coração e só levo porrada.

Psicólogo: – posso estar errado, mas me parece que essa líder tem uma necessidade de se sentir importante através do controle sobre os outros, e você não se submeteu ao seu controle, por isso ela atua desta forma, reprimindo você. Mas te digo que, para mim, ela não está falando verdades sobre você, ela deve estar fazendo o que sempre faz com quem é rebelde com as regras dela. Então, ela ataca para reduzir a pessoa através de palavras ligadas à religião, abusando do seu poder hierárquico no grupo e se aproveitando disso para impor a sua vontade. Para mim, ela não entendeu os valores que a igreja passa, e está nesse lugar de líder para satisfazer as necessidades egoístas da sua personalidade mesquinha. Mas, volto a dizer, posso estar enganado.

Gardênia: – faz todo o sentido, estou pensando em falar com o pastor da igreja para ver se troco de líder, mas, por outra parte, fico com pena dela, porque faz poucas semanas um casal pediu para ir para outro líder, pois não a aguentava mais.

Psicólogo: – essa vai ser uma decisão tua, mas não é tua responsabilidade as coisas que ela faz. Se ela está perdendo pessoas do grupo, é por culpa dela e se, mesmo assim, não muda a sua forma de tratar as pessoas, então é porque ela não assume culpas e provavelmente vai continuar tendo os mesmos comportamentos que teve até agora.

Gardênia: – vou pensar bem sobre isso, porque me faz tão bem ir aos cultos, mas, a cada dia que passa, estou sentindo mais pressão e desgosto com a presença dela. Só de pensar que ela vai estar lá, começo a me sentir angustiada, bem agora que estou voltando a me sentir bem comigo e cada vez com mais vontade de sair para o mundo, de conhecer mais pessoas, de ser livre. Disse a ela que não tem ideia do que é se sentir presa, do que é estar totalmente fechada numa doença, que ela não tem ideia do sofrimento que isso faz em você e como isso te faz pensar as piores coisas. Ela nem respondeu.

Depois desse momento, a sessão passou a ser mais leve, e Gardênia começou a rir da situação vendo o quanto a líder está sendo ciumenta por ela ter ido para outro culto sem o seu consentimento. Gardênia disse rindo que “ela está sendo pior do que eu era nos meus momentos de ciúmes loucos!”. Falamos sobre os valores da igreja cristã e como nós dois nos identificamos com esses valores; contei que não sigo nenhuma religião, porém expliquei que sou uma pessoa muito espiritualizada e que procuro ver o lado profundo da ação do bem no mundo, através do amor e dos valores em cada pessoa, indiferentemente da religião. Gardênia diz que ela também pensa assim, tanto que gosta de ir a um lindo templo budista que há aqui em São Paulo.

Gardênia: – lá tem pessoas maravilhosas, pessoas que são do bem, elas me ensinam muitas coisas, transmitem paz e harmonia maravilhosa. Mas se eu contar que vou lá para a minha líder, capaz que ela queira me botar na sessão de descarrego! [risos].

No fim da sessão, Gardênia me agradeceu pelo tempo, até porque a sessão durou 1 hora e 25 minutos (não quis encerrar a sessão devido ao tema estar se desenvolvendo de forma profunda e também porque eu tinha disponibilidade de horário), e disse que se sente muito bem porque comigo ela pode falar de tudo sem ter que se “medir” nem se sentir mal pelo que fala ou pensa.

Gardênia 15 – 14/02/2019

Gardênia contou que tem se sentido mais ansiosa na última semana, principalmente no trabalho e com o pessoal do grupo da igreja; não está tendo paciência com os seus colegas de trabalho, tendo se afastado das brincadeiras infantis que muitos fazem. Também tem se sentido com medo de perder o controle e responder de forma muito agressiva, o que a faz se sentir insegura. Referiu que voltou a ter uma discussão com a líder da sua igreja, mas, dessa vez, ela disse tudo o que sentia, que ela era muito controladora e que não iria aguentar esse tipo de comportamento da parte dela. Contou que a líder se ressentiu com ela, mas pelo menos tem respeitado mais o seu espaço, porém tem sentido que as outras mulheres do grupo a olham de forma diferente.

Trabalhamos em como a frustração relacional que ela teve em relação a sua líder do grupo da igreja pode estar afetando o seu estado anímico e fazendo ela sentir que tem que se afastar das pessoas. Também digo que vejo como ela está atuando de forma diferente nesse tipo de situação, pois antes Gardênia teria se comportado de maneira muito agressiva, mas agora ela consegue se abster antes de atacar as pessoas.

Gardênia: – sim, agora vejo que não vale a pena ficar discutindo quando não é totalmente necessário. Penso que a tensão e o mal-estar em que vou ficar depois da discussão vai ser muito pior do que não ligar. Mas me sinto muito frustrada em ver como as pessoas são, comportando-se de forma tão egoísta.

Psicólogo: – realmente têm muitas pessoas assim e o fato de que isso te afete pode estar relacionado com as tantas frustrações relacionais que você já passou durante a tua vida. Mas também existem outros tipos de pessoas, pessoas que não são tão egoístas e que valem a pena ter por perto.

Gardênia: – exatamente, eu quero esse tipo de pessoas por perto, não as pessoas que não ligam para mim. Na semana passada, a líder do grupo da igreja queria, que queria, fazer um encontro lá na minha casa com todo o pessoal do grupo, mas eu respondi logo que não dá! Em casa, só entra quem eu realmente sinto que é próximo de mim. Não gosto que entre qualquer um, minha casa é meu lugar de sossego e de paz.

Ao terminarmos a sessão, Gardênia disse que lhe faz muito bem poder pensar as coisas comigo.

21/02/2019 – Gardênia manda mensagem explicando que não vai poder comparecer à sessão, pois sua filha está passando mal e teve que levá-la ao hospital.

Gardênia 16 – 28/02/2019

Sinto que Gardênia chegou à sessão com uma postura confiante e alegre, dizendo que tem se sentido bem nas últimas semanas. Referiu que, no trabalho, estava tudo indo bem, mas que tem pensado em fazer algumas mudanças na sua vida profissional. Contou que está querendo mudar de empresa, para começar uma história nova, agora que está se sentindo melhor com ela mesma, num lugar onde as pessoas ainda não a conheçam e não a julguem pelo seu passado de internações e surtos, também porque a função que ela está tendo na empresa onde trabalha não a está motivando. Digo que é muito bom ver como ela está se sentindo com confiança para fazer uma grande mudança e iniciar um novo rumo para a sua vida profissional, já que, além de buscar uma área onde ela se sinta mais realizada profissionalmente, ela também irá enfrentar novas relações. Gardênia conta que irá fazer isso no momento certo, mas que é um projeto que tem aparecido nos seus pensamentos.

Ela contou que voltou a ter uma conversa com a líder do grupo da igreja, porque novamente invadiu a sua privacidade familiar. Disse que foi conversar com ela calmamente:

Gardênia: – Olha só, não gostei mesmo de você ter voltado a invadir a minha intimidade familiar, por isso ou você muda de atitude comigo ou eu mudo de líder. Daí ela disse que estava se sentindo com muita dor de cabeça e foi embora. Então eu deixei, dei um passo atrás e tenho ficado muito na minha. Passaram uns dias e tinha um curso que estamos fazendo através da igreja, eu tenho ido sempre nesse curso porque gosto muito e a líder me mandou uma mensagem perguntando se eu tinha comparecido ao encontro do curso, nem respondi. Você acha que eu estou fazendo bem?

Psicólogo: – acredito que você está sendo autêntica, expressando a ela o que está sentindo e, ao mesmo tempo, dizendo isso com muito respeito. Vejo que você tem desenvolvido muito a capacidade de lidar com situações relacionais difíceis. Agora depende da líder ver o que faz.

Gardênia: – também lhe disse que ela deveria buscar alguém fora da igreja com quem possa falar de tudo, do que sente, do que pensa, alguém de fora do seu círculo de conhecidos, porque ela está precisando muito de terapia.

Psicólogo: – que legal você falar com ela dessa forma, contando algo que para você tem sido muito bom e compartilhando da forma mais pessoal e compreensiva possível. Vejo como você está tentando ajudá-la nos problemas que ela tem jogado para a relação de vocês e ainda dando uma chance a ela para você não se afastar.

Gardênia: – sim, ela não é uma má pessoa, mas tem essa necessidade de sentir que precisa controlar a vida dos outros, para se sentir importante. Vejo o quanto tem sido bom para mim fazer a terapia, como tem me ajudado a lidar com as situações do dia a dia, a não perder a esperança porque eu sei que tem pessoas boas que acreditam em mim. Naqueles momentos que eu ficava me sentindo muito mal, lembrava que tinha gente acreditando em mim e isso me ajudava a aguentar o sofrimento.

Psicólogo: – para mim, esse é o ponto essencial do tratamento: você saber que eu tenho esperança que você vai melhorar. Te digo, genuinamente, sempre soube que isso aconteceria.

Gardênia: – lembro quando começamos o tratamento, eu nem saía de casa, somente para vir aqui no IPq e, de vez em quando, no grupo da igreja. Agora, voltei ao trabalho, vou na academia, gosto de fazer uma social [ver a família e os amigos] e não perco por nada os encontros da igreja.

Gardênia encerra a sessão muito tranquila e alegre, me dá um carinhoso abraço e se despede.

Gardênia 17 – 07/03/2019

Gardênia contou que voltou a conversar com a líder do seu grupo da igreja, que deseja que ela possa apreender a respeitar o espaço dos outros, mas deixou claro que ela iria se distanciar devido à falta de respeito por ela ter invadido a sua privacidade por uma necessidade de controle dela. Porém, Gardênia não carrega mágoas, pelo contrário, espera que ela possa ser uma pessoa melhor. Contou isso de forma calma e serena.

Referiu que está conseguindo lidar com as situações de conflito no trabalho de maneira muito tranquila e que não vale a pena entrar em discussões fortes com ninguém. Contou que está aprendendo a ver as limitações nos outros e, dessa maneira, tolera a forma inconveniente de essas pessoas se comportarem. Disse que está conseguindo não se deixar abalar por essas situações, até porque, em comparação ao que ela já passou, isso é muito fácil de lidar. Digo que, a meu ver, ela tem amadurecido muito a forma de se relacionar com as pessoas, sabendo colocar limites e se aproximar de quem parece valer a pena. Ela responde que ficou tanto tempo fora do trabalho que agora está muito contente de se sentir útil, além de ter conseguido se adaptar à nova função, que é muito exigente intelectualmente. Contou que tinha muito medo de ter atrofiado o seu cérebro, devido a ter tomado durante tanto tempo medicamentos psiquiátricos muito fortes, com os quais ela se sentia totalmente dopada e incapacitada de raciocinar.

Observo que Gardênia está se sentindo cada vez mais confiante de si e com mais controle sobre suas emoções, já há um bom tempo não comenta que tem sentido raiva nem ódio por ninguém, pelo contrário, diz estar tranquila e agradecida com a vida.

Gardênia 18 – 14/03/2019

Gardênia contou que está muito afetada com uma colega de trabalho que a provoca continuamente. Até então, Gardênia não ligava para ela, mesmo se sentindo incomodada com as suas provocações, ela não se deixava afetar. Porém, nesta semana, a colega falou mal da filha de Gardênia. Assim, Gardênia ficou muito irritada, disse ter sentido um ódio profundo por essa

colega e se sentiu muito mal por saber que tem que se relacionar com ela todos os dias no trabalho. Contou que até conversou com a sua superior quando ela perguntou se Gardênia estava se sentindo bem. Todos os seus colegas lhe dão razão, além de dizerem para colocar limites nessa colega conflituosa, mas, para Gardênia, isso é muito difícil – o fato de pensar em ter uma conversa mais séria a deixa muito ansiosa.

Observando que Gardênia estava muito fragilizada com esse conflito relacional, ficamos trabalhando maneiras de ela se sentir mais tranquila no ambiente de trabalho, sem ter que encarar essa colega conflituosa. Porém, se a colega voltar a incomodá-la, então aí sim Gardênia deveria colocar limites. Assim, Gardênia disse que irá se sentir melhor em poder estar nos ambientes de convívio onde se encontra com essa colega. Senti que, no fim da sessão, Gardênia estava mais tranquila e confiante de si.

21/03/2019 – Gardênia envia mensagens horas antes da sessão, explicando que não poderia comparecer.

Gardênia 19 – 28/03/2019

Gardênia contou que tem se sentido bastante bem. No trabalho, está conseguindo não se afetar com a colega que a importunava, está mais tranquila no grupo da igreja, uma vez que apreendeu a colocar limites para a sua líder, tendo uma postura compreensiva sobre as limitações que essa líder tem com os outros.

Chegando ao fim da sessão, Gardênia contou que, nas últimas semanas, não está conseguindo ter paciência com o seu marido. Referiu que sente muita raiva dele, que essa emoção surge, quase sempre, quando os dois estão compartilhando momentos juntos. Disse que em uma situação, na qual o marido lhe contou algo que ela não gostou, teve um surto de agressividade e deu um chute nele. Relatou isso com muita dor e culpa:

Gardênia: – não consegui me controlar na hora, fiquei com tanta raiva, ódio dele, que dei um chutão. Ele, coitado, não teve nem reação. Eu sei que ele me feriu, fez besteira no passado, mas eu também sei que ele está arrependido e que é um bom homem.

Psicólogo: – penso que é importante que possamos trabalhar mais sobre esses sentimentos, para poder explorar o significado que essas emoções trazem e que estão na tensão da relação com o seu marido.

Como não tínhamos mais tempo de sessão, combinamos de continuar com esse tema na semana seguinte.

Gardênia 20 – 04/04/2019

Gardênia relatou que há dois dias, quando estava a caminho do trabalho, começou a se sentir muito triste e chorar sem conseguir parar. Então, em vez de ir ao trabalho, foi a um pronto-socorro, tendo sido atendida por um médico que lhe deu calmantes e dois dias de afastamento do trabalho.

Foi, então, que Gardênia contou que ela tem que andar por volta de 3 quilômetros até chegar à fábrica, que não há transporte público e somente uns poucos (funcionários mais antigos na empresa) têm condução da empresa para chegar lá. Isso fez Gardênia se sentir muito injustiçada, pois ela foi transferida para a fábrica quando voltou a trabalhar, e ninguém havia informado sobre essa situação. Logo, ela ficou sabendo que o dono da empresa disse aos motoristas que ela não poderia pegar carona nos carros da empresa. Com isso, Gardênia acredita que tudo era uma estratégia para que ela pedisse demissão. Ao perguntar o que ela pensa sobre negociar a sua saída da empresa, Gardênia responde que ela não vai fazer isso, pois já sofreu muito na empresa para perder os seus direitos. Referiu que ficou triste com o marido, pois ele está mais preocupado em que ela não saia do trabalho, devido às contas da casa, do que com a sua saúde mental.

Sinto que ela está triste, mas, ao mesmo tempo, com raiva de toda essa situação que está vivendo e, por outro lado, que está decidida a continuar lá.

Gardênia 21 – 11/04/2019

Gardênia chegou à sessão mais tranquila, em comparação à semana passada, porém sinto que está carregando uma tristeza. Ao longo dos primeiros 40 minutos da sessão, ela voltou a falar sobre as dificuldades que sente com algumas pessoas no trabalho e no grupo da igreja. Também contou que não consegue perdoar o seu marido pela traição:

Gardênia: – acho que me apressei em me casar.

Psicólogo: – foi algo que discutimos na época, antes de você se casar.

Gardênia: – sei que foi culpa minha isso também ter acontecido.

Psicólogo: – possivelmente você não consegue perdoar o seu marido, pois não consegue se perdoar.

Gardênia: – faz sentido.

Explorar o que ela sente sobre si mesma pode ajudá-la a voltar a ter confiança no marido. Gardênia pergunta se é normal ela sentir tanto desconforto quando alguma pessoa quer invadir a sua privacidade e, principalmente, quando alguém demonstra muito interesse pela sua família. Respondo que, muito provavelmente, a sua reação deve estar ligada a experiências que ela

passou na sua história de vida, que ela pode ter sentido que alguém que ela confiava tentou roubar alguém que ela amava.

Então, Gardênia contou que, quando a sua filha nasceu, ela estava passando por uma situação muito complicada economicamente e pediu para a sua irmã mais velha (que ela chama de tia, pois, pelo que entendi, foi ela quem cuidou de Gardênia durante a sua infância – mas isso não ficou claro) cuidar dela enquanto Gardênia se estabelecia financeiramente. Contudo, a irmã respondeu que se ela cuidasse da sobrinha, a menina ficaria com ela para sempre. Então, Gardênia foi buscar ajuda com outra pessoa, recorrendo a sua ex-sogra, que morava na Bahia, e disse que cuidaria da menina até que Gardênia estivesse melhor economicamente. Porém, quando Gardênia pediu a menina de volta, a sogra se recusou a trazê-la para São Paulo. Gardênia disse que foi uma luta contínua até conseguir ter sua filha de volta aos seus cuidados. Digo ela que são compreensíveis essas reações de desconfiança com as pessoas que se aproximam invasivamente de sua família, e que seria importante ela me contar mais sobre as situações difíceis que ela passou na sua vida. Como já havia acabado o tempo da sessão, combinamos de, na próxima semana, continuarmos sua história de vida.

Foi a primeira vez que senti a necessidade de ser mais incisivo sobre ela contar a sua biografia. Por outro lado, foi ela quem abriu a porta para que isso acontecesse, ao me perguntar sobre o que eu penso da forma como ela se sente afetada na relação com os outros.

Gardênia 22 – 18/04/2019

Gardênia chegou à sessão bastante fragilizada, dizendo que se sente muito mal porque não consegue perdoar o seu marido por tê-la traído. Acha que se precipitou em casar e sente uma mistura de raiva e nojo do marido. Trabalhamos nessas questões e, durante essa exploração, Gardênia referiu que sente responsabilidade sobre a traição dele, já que ela confiava completamente no marido. Disse que nunca questionou sobre o que ele fazia, sentia-se amada e especial, acreditava que o marido só tinha olhos para ela, que só poderia sentir prazer com ela: “fui uma burra por acreditar que era especial”. Contou que, com o seu marido, foi a primeira vez que conseguiu viver a sua sexualidade de forma prazerosa, ele foi o único homem com quem Gardênia se entregou sexualmente. Relatou que, mesmo tendo sido casada anteriormente, sempre viveu a sexualidade de forma desagradável, relacionando a sexualidade masculina com algo perverso e asqueroso.

Contou que isso vem desde quando ela sofreu estupro, e que seu atual marido foi quem teve todo o cuidado de fazer da sexualidade algo lindo para ela. Perguntada sobre como foi para ela ter sofrido o abuso, Gardênia seguiu o seu raciocínio e não tocou mais nesse tema.

Referiu que, desde que ela descobriu a traição, o seu marido deixou de ser aquele homem especial. Agora o vê como o resto dos homens: perverso e nojento; mas, ao mesmo tempo, fica com um conflito, pois sabe o quanto ele está se esforçando para demonstrar que está arrependido. Trabalhamos sobre essas questões e sobre como Gardênia está sempre querendo controlar tudo o que ele faz ou está fazendo, mas, ao mesmo tempo, ela tem noção de que, se ele quiser trai-la de novo, ele vai trair. Isso gera muita angústia e ansiedade, pois ela não se sente bem controlando ele, porém não consegue evitar de fazê-lo.

No fim da sessão, sinto que Gardênia está mais tranquila e mais alegre, até rimos com algumas questões sobre a sexualidade masculina. Acredito que foi importante para ela o trabalho que fizemos em desconstruir toda essa relação de significados negativos em volta da sexualidade masculina, pois, mesmo sendo homem, mostrei uma sexualidade bem diferente daquela sexualidade perversa e sádica que ela acabou generalizando no gênero masculino.

Sinto que, nesta sessão, Gardênia se abriu um pouco mais para refletir sobre o sofrimento que ela sente em relação a sexualidade, que está ligada aos abusos sexuais sofridos no passado e que contaminam o seu estado afetivo diariamente na relação com o seu marido. Porém, ela ainda não foi capaz de me contar o que aconteceu. Começo a acreditar que talvez não seja importante ela ter que narrar o acontecido, para que possa transformar os afetos negativos que evocam essas questões.

Gardênia 23 – 25/04/2019

Gardênia contou que esta semana passou por uma situação muito difícil na empresa, pois o dono da empresa fez um comunicado informando que a empresa iria encerrar as atividades porque não estava conseguindo mais se sustentar. Contou que ele chorou ao dizer isso, o que lhe tocou profundamente. Referiu que foi muito difícil ver o desespero de muitos colegas de trabalho, mas ela não ficou tão triste com a possibilidade de perder o emprego, uma vez que ela mesma já estava pensando em mudar de trabalho. Porém, Gardênia conta que horas depois do comunicado, ela se encontrou com o dono na empresa no corredor, por coincidência. Ele a abraçou e disse para ela ficar tranquila, pois a sua área ainda tem muito trabalho para fazer e que ela era uma excelente profissional. Perguntada sobre o que sentiu com esse gesto do seu chefe, Gardênia respondeu que foi uma surpresa, pois pensava que ele não gostava dela, e se sentiu muito agradecida e reconhecida pelo gesto do chefe.

Trabalhamos sobre como as pessoas podem nos surpreender com pequenas ações, e como o outro pode se mostrar diferente daquilo que nós acreditamos. Foi muito interessante

esse tipo de reflexão sobre os outros, pois, antes, Gardênia tinha uma visão extremamente polarizada das pessoas e, ao mesmo tempo, muito intransigente.

02/05/2019 – Gardênia envia mensagens explicando que não poderá comparecer à sessão.

Gardênia 24 – 09/05/2019

Gardênia chegou à sessão bastante animada e contente, referindo que tirou um peso das costas, pois, finalmente, falou tudo o que sentia para a sua líder da igreja, porém ela continua sendo invasiva. Por essa razão, Gardênia irá falar com o casal de pastores líderes da igreja para explicar a situação, pois ela está se sentindo muito incomodada com a forma invasiva da sua líder, o que está fazendo ela perder a vontade de ir para a igreja e viver a sua fé religiosa.

Digo que venho notando como Gardênia está sendo muito mais tranquila em lidar com situações de tensões relacionais, e que agora ela consegue responder de forma mais calma; vejo isso como um amadurecimento por parte de Gardênia, um amadurecimento da forma como ela se relaciona com os outros, o que demonstra que ela está diferente. Ela responde que se sente muito mais tranquila em falar o que pensa sem perder o controle agredindo os outros. Relatou que ela compreende que não vale a pena passar por tensões se a pessoa não entende. Sente-se bem consigo mesma, devido à forma como ela tem lidado com toda essa situação. Porém, referiu que, nos dias seguintes a esses momentos, ela fica relembando a situação, o que a incomoda, pois não consegue se concentrar no trabalho. Disse que quer melhorar esse aspecto, para que essas situações não lhe consumam tanta energia e concentração.

Trabalhamos em como seria isso, refletindo sobre aspectos relacionais que ela, cada vez mais, deixa de se importar, como o que os outros pensam. Disse que se sente bastante decepcionada com o ambiente da igreja, pois ela acredita que os líderes têm que mostrar algo muito idealizado e mecânico, mas que se escondem sobre essa forma “certinha” de ser. Como estão querendo que ela seja uma líder, Gardênia diz que vai conversar sobre isso com os pastores, “se eles querem que eu me comporte como uma marionete, podem esquecer de mim, eu não vou deixar de ser a pessoa autêntica que sou”.

Durante a sessão, acabamos rindo bastante sobre as diferentes situações que Gardênia contou.

Gardênia 25 – 16/05/2019

No começo da sessão, sinto Gardênia muito bem, alegre e leve. Começou a contar que não conseguiu conversar com os pastores da sua igreja, porque eles haviam desmarcado e, até

então, não voltaram a remarcar a reunião. Porém, postergaram as nomeações de novos líderes, o que fez Gardênia se sentir aliviada, pois, a cada dia que passa, sente que a sua forma de ser tem certas discordâncias com todas as normas da igreja evangélica.

Nesse sentido, ela conta que foi jantar com o seu marido num lugar que tinha pista de dança e se divertiram muito dançando, que há muitos anos ela não se sentia tão bem com ele. Tanto ela como o marido tiveram muita vontade de beber uma cerveja ou uma garrafa de vinho, situação que é proibida pela igreja evangélica, que os dois brincaram em “pecar”, mas que resolveram não beber. Rimos bastante nessa parte da sessão, brincando sobre como a igreja evangélica tende a fazer as pessoas pensarem que tudo é pecado. Ao mesmo tempo, Gardênia disse que ela observa como as pessoas que estão muito dentro da igreja vão ficando hipócritas, falam uma coisa do que tem que se fazer, mas fazem outra pelas costas. Refiro que ela tem um olhar crítico sobre o que está acontecendo, questionando as situações e vendo se isso faz sentido para si e para os valores pelos quais ela vive, sendo isso um aspecto muito positivo dela, na minha forma crítica de ver.

Então, trabalhamos sobre o que faz sentido para ela, na sua vida, sobre a questão da bebida e de drogas em geral. Ela contou que bebeu muito durante muitos anos, mas que, depois de ser internada, teve que parar por completo, devido às medicações. Nesse ponto, ela sente uma hipocrisia muito forte na psiquiatria, por conta de terem uma postura tão negativa com a bebida alcoólica, mas receitarem drogas que a deixavam “numa brisa pesada, eu ficava alucinando o dia todo”. Ao voltar sobre o tema do que faz sentido para ela, disse que faz sentido poder conversar com o seu marido sobre essa questão e de entender que não é pelo vício da bebida, mas para celebrar os bons momentos de estar juntos como casal.

Digo que estou impressionado com o quanto ela tem melhorado durante o tempo em que estamos no processo terapêutico, que estou muito feliz em ver que ela passou de não conseguir sair de casa para ir à igreja, para entrar na academia, voltar a trabalhar, conhecer pessoas novas até saber lidar com situações relacionais difíceis. Gardênia respondeu “sim, mesmo sofrendo muito em alguns momentos, depois eu consigo seguir em frente. O sofrimento não fica preso a mim como antigamente. Estou me sentindo bem comigo e com a vida”.

Gardênia 26 – 23/05/2019

Gardênia chegou quase meia hora atrasada, relatando as dificuldades com a sua líder e como isso a deixa mal. Sinto que, nesta sessão, ela precisou desabafar sobre os problemas na relação com a sua líder. Ela chegou à reflexão de que não quer sair dessa igreja, pois tanto a sua filha como o seu marido se sentem muito bem lá. Mas, também, porque Gardênia gosta da

convivência com muitas pessoas dessa igreja, e acha que, se sair de lá, vai acabar perdendo o contato com elas.

Gardênia 27 – 30/05/2019

No começo da sessão, sinto Gardênia alegre, porém ela diz estar triste, contando que foi visitar uma amiga que está em depressão, que não está saindo de casa e fazendo as atividades que antes fazia. Referiu que ela sabe o quão importante é para a pessoa que alguém vá vê-la enquanto ela não está conseguindo sair de casa, por estar triste, já que Gardênia também já passou por isso e lembra que foi muito significativo para ela saber que havia pessoas que se importavam com ela. Porém, contou que, ao conversar com a amiga, isso a fez se lembrar dos abusos sexuais que sofrera na sua infância e, por isso, acabou contando para ela. Disse que a amiga ficou com uma cara de espanto e não sabia o que dizer, enquanto ela se sentiu mal por ter contado e também não soube mais o que falar.

Gardênia: – vou te contar o que aconteceu. Mas, para mim, é muito difícil lembrar das coisas, sinto que fica tudo baralhado na minha cabeça e que tem muitas coisas que não tenho como lembrar, como se tivesse amnésia dessas situações. Eu nunca te contei o que aconteceu?

Psicólogo: – você já me contou que sofreu abuso sexual, porém nunca me contou como foi essa experiência. Você também me disse para perguntar quando eu quisesse, que você me dava essa liberdade, porém eu cheguei à conclusão de que, na hora certa, você iria falar sobre isso, e tenho certeza que essa hora chegou hoje.

Gardênia: – sim, agora eu confio muito em você, sei que posso te contar qualquer coisa e você não vai me julgar ou interpretar de forma errada. Então, quando tinha uns 6 ou 7 anos, eu morava com a minha avó, como já te contei, eu tinha 12 irmãos, por isso minha avó cuidava de mim. Na casa dela, também moravam dois tios e uma irmã minha, que foi meio que adotada, ela tem um certo retardo cognitivo e epilepsia. Digo que ela foi meio que adotada porque a história dela é a seguinte: teve uma vez que minha mãe foi num posto de saúde, isso lá no sertão, e de repente apareceu uma mulher que lhe pediu para cuidar do seu bebê enquanto ela iria ao banheiro. Minha mãe ficou segurando o bebê e essa mulher simplesmente desapareceu. Procuraram por todos os lados na cidade e ninguém sabia nada dela, nem quem era nem para onde ela foi. Mas toda a família acredita que essa menina era filha do meu pai, pois ela é a cara dele e ele sempre foi um homem muito ruim, de chegar bêbado em casa e ser muito agressivo com todos, de bater na minha mãe e tal, mas aceitou adotar a menina sem problema. Voltando para o abuso, como disse, tem muitas histórias e tudo fica [em]baralhado. Então, eu tinha uns 6 ou 7 anos quando o meu tio aproveitou de estar sozinho comigo para me pegar no colo dele e ficar esfregando seu pênis entre as minhas coxas. Eu era uma criança, mas sabia que aquilo estava muito errado, mas tinha muito medo dele porque ele era muito agressivo. Nesse dia, ele tinha batido na minha avó e quebrado uns pratos, não queria que ele voltasse a bater na minha avó. Meu outro tio, que morava lá, era como um pai para mim, me cuidava e sempre foi muito bom comigo, mas ele teve meningite quando criança e não conseguia se movimentar bem, eu sabia que se eu contasse a ele seria pior, pois meu outro tio iria bater nele por ser muito mais forte. O abuso aconteceu muitas vezes, e a mulher do meu tio abusador sabia, mas também não fez nada [chorando]. Guardei isso comigo durante muitos anos.

Psicólogo: – deve ser muito difícil falar disso, reviver esse sofrimento.

Gardênia: – sim, e tem muita coisa que é difícil de conseguir falar porque está confuso na minha cabeça. É como se isso que aconteceu não conseguisse encaixar na minha história de vida, então ficam como peças de um quebra-cabeça que não encaixa e que estão faltando peças.

Psicólogo: – isso provavelmente acontece porque foi a forma que a tua consciência fez para conseguir sobreviver àquela situação. Você teve que afastar as memórias dessas experiências para conseguir continuar vivendo.

Gardênia: – sim, faz todo sentido. É muito difícil falar disso tudo, mas sinto que devo contar a você. Por muito tempo, fiquei me questionando o porquê de eu ter passado por tudo isso. É difícil entender o porquê de tanto sofrimento.

Psicólogo: – vejo como você foi corajosa e forte por ter conseguido viver com tudo isso. Também vejo como o sofrimento faz com que as pessoas desenvolvam uma profundidade de sentido nas suas vidas. Você tem uma espiritualidade muito linda, além de viver com essa vontade de ajudar as pessoas.

Gardênia: – é verdade, conheço pessoas que quase não sofreram na vida e me parecem tão vazias.

Depois desse momento da sessão, em que Gardênia ficou bastante fragilizada, ela me pediu para falar de qualquer outra coisa, então contou que está se sentindo muito mais tranquila e sociável no seu dia a dia. Relatou não ter mais problema em sair de casa e ver as pessoas, cumprimentá-las de forma simpática – até pouco tempo atrás, Gardênia fazia tudo possível para não ser vista, pois se sentia feia e não tinha vontade de ser simpática com ninguém; agora, “não me importo mais com o que eles acham, se estou feia ou não, que se dane!”. No fim da sessão, rimos sobre situações com os vizinhos do seu prédio (um deles faz muito barulho quando tem relações sexuais, outro quando acorda e está no banheiro tirando o catarro), e ela refere que tem um grupo no *Facebook* em que os moradores do condomínio colocam as suas queixas e que é muito divertido ler as histórias.

Sinto que, nesta sessão, Gardênia deu um passo importante para trabalhar os traumas decorrentes dos abusos que sofreu na infância. Também sinto que ela é capaz de lidar com o sofrimento e depois voltar a ficar bem afetivamente. Fiquei contente em saber que ela está sentindo mais confiança em relação ao olhar do outro, ao ponto de não se importar com críticas sobre ela.

Gardênia 28 – 06/06/2019

Gardênia chegou à sessão alegre, mas dizendo estar se sentindo bem decepcionada com o ambiente no trabalho, pois a situação da empresa está muito delicada – reduziram quase todos os funcionários da fábrica e ela está tendo muito trabalho. Contou que está se sentindo muito explorada pelo excesso de trabalho, que está fazendo muitas horas extras e que acredita que estão fazendo isso com ela para que peça demissão, mas que ela está decidida a ficar na empresa o tempo que for preciso, pois não quer perder os seus direitos.

Com o passar da sessão, Gardênia contou que finalmente conversou com a pastora da igreja, mas que saiu muito decepcionada com a forma que a pastora a tratou, deixando claro que, para eles, Gardênia deveria se adequar aos seus parâmetros de pensamentos. A pastora recomendou que Gardênia fizesse psicoterapia e psiquiatria com profissionais ligados à igreja, devido aos conflitos que ela está tendo com a sua líder de grupo. Nesse ponto, Gardênia disse ter sido direta ao referir que ela já tem profissionais excelentes, que sempre a motivaram a seguir seus pensamentos religiosos e ser quem ela realmente é. Contou que sentiu que a pastora queria fazer uma “lavagem cerebral” nela, impondo como ela deveria se comportar e pensar. Trabalhamos bastante sobre como ela se sente em relação a isso e o que ela poderia fazer a respeito.

Gardênia contou que está pensando bastante sobre o que irá fazer no seu futuro. Disse se sentir tranquila quando pensa nisso, pois sabe que é uma excelente profissional e que está preparada para novos desafios. Quer voltar a trabalhar com roupas, na área de estilo e moda. Porém, referiu compreender que o momento econômico do país está bem complicado e que pode ser bem difícil conseguir trabalho. Esse é outro fator que a está segurando no atual emprego. Por outra parte, sente-se muito bem consigo e está, cada vez mais, querendo sair de casa com o marido, divertir-se e conhecer novas pessoas. Contou que tem pensado muito em mudar de igreja, pois quer buscar um ambiente relacional no qual ela possa se sentir bem consigo mesma, sem o peso imposto por esse grupo de que qualquer tipo de situação ser pecado.

Ao acabar a sessão, Gardênia se despediu com um sorriso no rosto e um carinhoso abraço. Sinto que ela está contente e feliz.

7.2.3 *Paciente Íris*

Íris 1 – 09/08/2018

Íris tem 24 anos, está no primeiro ano de um curso de humanas. Chegou com queixas de que está se sentindo muito ansiosa, pois perdeu o seu alojamento na universidade pública onde ela estuda, porém disse estar tendo problemas com a pessoa com quem divide quarto. Isso fez Íris se sentir muito impulsiva, tendo voltado a ter ideação suicida. Sente que precisa de acompanhamento psicoterapêutico. Já tomou remédios psiquiátricos e fez psicoterapia, mas abandonou, pois se sentiu julgada pela terapeuta.

Contou que perdeu seu pai quando tinha 10 anos de idade, que foi atropelado por um carro. Disse ter ficado muito agressiva com a sua mãe e seus irmãos depois da morte do pai. Sofreu muito *bullying* na escola, mas sua mãe não fez nada para defendê-la. Tem três irmãos

bastante mais velhos, com quem tem pouco contato, referindo que sempre se sentiu sozinha durante a infância. Disse que a relação com a mãe é boa enquanto ela não fala dos seus problemas, pois a mãe não tem capacidade para acolher o seu sofrimento.

Relata que, aos 18 anos, entrou em outro curso, em uma universidade federal no interior de São Paulo, quando teve também uma relação abusiva na qual o rapaz, que ela considerava um bom amigo, era viciado em cocaína. Íris contou que usava muita maconha na época, que o rapaz abusou dela sexualmente reiteradas vezes, mas nunca chegou a penetrá-la, pois não conseguia ter uma ereção, ela acredita que foi devido ao uso excessivo de cocaína. Nesse mesmo período, ela teve relações sexuais com outros homens de forma esporádica, “fazia isso [compulsão sexual] como uma forma desesperada de me sentir desejada e querida”. Antes de acabar o primeiro ano do curso, Íris voltou para a cidade onde a mãe morava, e onde ela cresceu, para começar um tratamento psiquiátrico e psicológico. Disse que, nessa época, ela tentou se matar e começou a se cortar.

Nesta primeira sessão, sinto Íris muito triste e desesperançada. Ela demonstrou um olhar intenso, mas, ao mesmo tempo, pareceu estar com a atenção em outro lugar, bastante aérea. Sinto que ela está na defensiva sobre a relação psicoterápica, o que era de esperar devido a ela ter tido uma experiência negativa com outro psicólogo no passado.

16/08/2018 – Íris enviou uma mensagem se desculhando, porque não ia comparecer à sessão, devido ao horário estar batendo com o de uma aula, então mudamos as sessões seguintes para outro horário.

Íris 2 – 23/08/2018

Íris contou sobre a sua relação com Carvalho (seu namorado), que é autônomo, tem vários projetos profissionais ao mesmo tempo, mas mora com o pai, pois não consegue se sustentar economicamente. Ele tem sido bastante compreensivo com Íris, em diversas situações como crises de ciúmes contra amigas dele e quando ela invadiu o *notebook* dele para ver tudo o que ele tinha escondido lá. Ela referiu que tem medo de ele cansar dela e a deixar.

Íris: – isso, dele me deixar, seria o pior que me poderia acontecer, perder ele, pois já passamos por muita coisa juntos e ele me ajuda muito, é o meu melhor amigo, sempre passamos juntos os fins de semana, estamos juntos há 5 meses. Foi ele quem me incentivou a procurar ajuda, pois sente que ele não está dando mais conta, que tudo isso está desgastando a nossa relação.

Íris se sente com muita culpa por não conseguir se controlar. Contou sobre um episódio em que ela estourou de raiva, disse que iria matar uma amiga do namorado, pois leu o WhatsApp

dele (escondida), vendo o histórico de conversas quando eles estavam iniciando o relacionamento e ele estava flertando com essa amiga. Tento mostrar para ela o lado de que Carvalho escolheu ficar com ela, e não com a outra garota, tentando demonstrar que ela tem valor. Essa reflexão teve um impacto positivo em Íris, já que ela começou a refletir sobre os aspectos que valoriza nela e que a outra garota não tinha.

Aos poucos, vou sentindo como Íris ganha confiança na relação, mas, em certos momentos, quando ela está contando as situações, faz uma pausa, penso ser porque ela ainda não se sente confortável em contar tudo.

30/08/2018 – Íris avisa, por mensagem, que não poderá comparecer, dizendo que vai ter uma entrevista de estágio, que os horários coincidiram e pede desculpas.

06/09/2018 – Pede desculpas por não poder vir novamente, pois está com muitas coisas para entregar na faculdade e ficou sem tempo de ir à terapia. Respondo que ela não precisa se preocupar, pois podemos nos encontrar na semana seguinte.

Íris 3 – 12/09/2018

Chegou à sessão mais tensa do que as vezes anteriores, contando que passou na entrevista de estágio remunerado numa escola e que está se sentindo muito ansiosa, pois tem medo de perder o controle com as pessoas lá. Relatou já ter feito um estágio há um tempo em que acabou discutindo feio com a sua supervisora, pois a supervisora tratava todos muito mal, mas teve um dia em que Íris não se calou e a atacou de volta. No dia em que isso aconteceu, Íris ficou dando aula durante mais tempo do que o estabelecido para uma turma de crianças, contrariando o que essa supervisora tinha ordenado a ela, mas quando a supervisora veio reprimi-la, Íris a agrediu verbalmente com expressões de fúria como “vai tomar no cu”, entre outras coisas. Por isso, ela foi mandada embora do estágio. Novamente, ela sente muita culpa por causa dessa impulsividade que não consegue controlar.

Íris contou que um dos projetos do seu namorado está começando a dar certo. É sobre uma revista com conteúdo de jogos sexuais, tema que a deixa com muitos ciúmes, embora ela saiba que tem que aprender a lidar com isso, pois pode ser uma renda muito boa para os dois. Ele quer colocá-la na revista através dos desenhos que ela faz e de uma coluna com algo escrito. Então ela fala que desenhava muito, mas que, no último ano, não tem conseguido mais desenhar, pois se sente muito desconcentrada. Digo que provavelmente os ciúmes dela estão relacionados com o medo que ela sente em perdê-lo, junto do fato de ela ter tido muitas

frustrações em relações passadas. Devido a todas essas frustrações relacionais, ela tem muitas dificuldades em confiar nas pessoas. Íris diz que, além do namorado, não tem mais nenhum amigo, que ela não consegue manter laços relacionais com as pessoas por muito tempo, porque, em algum momento, acaba sendo muito agressiva com a pessoa, que acaba se afasta dela, demonstrando muita tristeza enquanto fala sobre o assunto.

Íris 4 – 19/09/2018

Íris enviou mensagens pela manhã, dizendo que teve uma crise, que brigou feio com o pessoal da república onde ela mora. Marcamos um atendimento de emergência no mesmo dia à tarde, com a intenção de acolher e acalmá-la.

Íris conta que se sentiu agredida pela forma como os três colegas de apartamento (um menino e duas meninas) a abordaram para falar a respeito dela estar sempre levando o namorado nos fins de semana. Nisso, ela jogou o prato (do jantar dela) no chão e começou a agredir verbalmente todos eles, mas principalmente a sua colega de quarto, pois ela entendeu que essa menina estava fofocando coisas dela para os outros. Íris chegou a ameaçar de morte essa garota, então a colega de quarto chamou a polícia. Antes de a polícia chegar, Íris se acalmou e conversou com um dos rapazes, que foi compreensivo, pois viu que ela estava alterada. Então, ela contou seu histórico de transtorno psiquiátrico, mas que estava se tratando. Depois conversou com a colega de quarto e a polícia chegou para apaziguar a situação. Íris acredita que a colega de quarto não vai chegar a fazer um boletim de ocorrência, mas está com muito medo levar outra queixa, pois, uns anos atrás, ela teve a sua ficha marcada com outro boletim de ocorrência por ter ameaçado de morte outra garota.

No momento de tensão durante a discussão, Íris escreveu uma mensagem ao seu namorado, acreditando que seria mandada embora do apartamento. O namorado foi muito agressivo com ela, colocando a culpa nela por toda a situação. Isso a fez pensar o quanto ele é egoísta, porque ele tem culpa de isso ter acontecido, já que é ele quem insiste em passar o fim de semana na república para eles poderem transar livremente (muitas vezes, não fica mais ninguém no apartamento). Íris conta que, neste fim de semana, eles tiveram outra discussão, pois ela havia pegado o diário pessoal dele. Sentiu-se afetada, pois ela aparecia pouco, e por outro lado, leu coisas em relação à sexualidade dele que a fizeram questionar a sua própria sanidade mental. Contou que, nos primeiros meses de relação, ele não conseguia ter ereção, que ela foi muito paciente ao ponto de procurar um terapeuta especializado nisso, então ele foi em duas sessões e melhorou (mas não contou nada a ela) – melhorou tanto, que agora só pensa em

transar, porém ele gosta de simular estupros, por exemplo, enforcando-a, entre outras coisas. Íris disse que segue o jogo e que também gosta.

Ela relatou que, depois da discussão no apartamento, se cortou para suportar a angústia que estava sentindo, principalmente porque acredita que o namorado vai terminar com ela. Por outro lado, ela está abrindo os olhos sobre como ele é egoísta, mas não quer ficar sozinha, pois não tem mais ninguém com quem contar. Respondo que, agora, ela sabe que pode contar comigo.

No começo do atendimento, Íris estava bastante lentificada, tanto na forma de se expressar como nos movimentos motrizes. Ela conta que tomou rivotril, que a colega de quarto havia lhe dado para ficar mais tranquila. Durante o atendimento, ela foi acordando e se tranquilizando. Depois do término da sessão, Íris foi atendida pelo seu psiquiatra. À noite, Íris enviou uma mensagem agradecendo a ajuda, contando que estava se sentindo melhor.

26/09/2018 – Íris enviou uma mensagem pedindo desculpas por não poder comparecer à sessão, sem explicar o motivo. Respondo que não há problema, que nos vemos na semana seguinte.

Íris 5 – 03/10/2018

Íris disse que sente muita vontade de xingar sua colega de quarto, pois, no dia anterior à sessão, quando Íris chegou no apartamento, tinha outra garota vendo o quarto delas. Íris interpretou isso como uma clara mensagem de que ela tem que arrumar logo as suas coisas para sair, vendo a atitude da colega de quarto como hipócrita e falsa, já que elas conversaram no dia anterior, e Íris se abriu para ela, falando sobre a sua situação psicopatológica e tudo parecia ter ficado resolvido em relação à crise que ela teve na semana anterior.

Devido a isso, Íris disse ter vontade de bater na colega, referindo ter conversado com a sua irmã, que recomendou que ela não se importasse com essa situação. Reforço essa ideia e digo que compreendo a sua vontade em agredir a colega, devido a Íris ser muito autêntica ao demonstrar o que sente, e ficar indignada com a falsidade dos outros. Complemento que é desnecessário falar com essa garota, pois ela demonstrou ser uma pessoa com quem não se pode confiar, então o melhor é deixar passar a situação, para que Íris não passe por outro momento de tensão, até porque tem a possibilidade de a colega fazer um boletim de ocorrência contra Íris. Minha intenção foi acalmar Íris, trabalhando o que ela sentiu nessa situação, bem como ajudá-la a se afastar de mais um conflito relacional.

Íris conta que está mais tranquila com o namorado, ele quer vir na próxima sessão conversar comigo, então respondo que seria uma ótima ideia (penso que posso ajudá-lo, tranquilizando os seus medos em como lidar com as crises de Íris). Em seguida, Íris me diz:

Íris: – espero que você me conte tudo o que vai ser dito na conversa com ele.

Psicólogo: – é claro que te contarei, pois a terapia é tua, mas você acha que ele vai querer falar sozinho comigo?

Íris: – verdade, não tem por que acontecer isso, mas acho que ele também precisa de terapia, falo para ele procurar algum serviço gratuito, mas ele não vai atrás.

Íris refere que tem perdido relações por ter brigado com pessoas por defender o namorado: “quando alguém me ataca eu já fico alterada, mas quando sinto que agredem ele, aí eu ataco com tudo. Penso que tenho que trabalhar isso porque é desmedido da minha parte”.

Contou que fez parte do grupo de feministas, que eram muito agressivas e, na época, até ficou com algumas meninas, mas que ela não se considera bissexual, pois sente atração sexual por homens e aquelas experiências foram por carência. Também observou que a maioria das garotas do grupo tinha questões pessoais de frustrações com homens, então ela viu muita hipocrisia dentro daquele grupo e, por isso, se afastou.

10/10/2018 – Íris enviou mensagens explicando que a chamaram para o estágio, que está muito contente, mas com medo, porém não vai poder comparecer à sessão devido ao horário. Peço para ela ver qual seria o melhor horário para ela, agora que tem o estágio.

17/10/2018 – Íris disse que iria conversar com o seu supervisor para poder fazer a terapia e chegar um pouco depois do horário combinado no estágio; que ainda não tinha conversado com o seu supervisor por medo de parecer que não respeitava horários. Respondo que não há problema, que aguardarei para retomarmos a terapia.

Íris 6 – 24/10/2018

Depois de duas semanas sem sessão, encontramos um horário em que Íris conseguisse fazer as aulas da faculdade, a psicoterapia e tivesse tempo de chegar ao estágio.

Sinto Íris bastante desanimada, ela mesma começou falando que está triste. Contou que teve outra discussão com o seu namorado por conta dos ciúmes dela em relação ao projeto da revista (que ela tem certeza que vai dar certo). Ela sente que está torcendo contra ele, que tem ciúme do sucesso dele, sentindo-se culpada por esse sentimento. Digo que me parece que, como ela não tem um projeto engajado na sua vida, ela fica se comparando com o namorado e se sente “menos” do que ele. Ela referiu que o namorado só tem 21 anos, mas já está com vários projetos

na vida. Então, ela contou de como sente que é difícil ser adulta, que até então ela sempre fugiu disso, que se sente culpada pelo que aconteceu na república, mas também que se incomoda quando o namorado diz que ela deveria se abrir mais “ele não passou por tudo o que eu passei”. Digo que, provavelmente, ela é mais fechada, pois já sofreu muitas decepções das pessoas em que confiou.

Íris me pergunta se eu acredito que ela teve um episódio psicótico no dia da discussão na república. Respondo que eu acredito que não, que provavelmente o que ela teve foi uma crise nervosa e que essa impulsividade se dá como uma forma de ela se defender quando se sente atacada e encurralada, como um gato que, quando não tem saída, ataca. Ela gostou muito dessa analogia. Em seguida, quis me mostrar alguns dos desenhos que ela faz, contando que sente muita vontade em voltar a desenhar, então pergunto o que a impede e ela diz que tem que se sentir inspirada para desenhar, que esses desenhos ela fez um tempo depois de ela ter experimentado chá de cogumelos alucinógenos. Foi um momento muito lindo quando vimos os desenhos. Fiquei impressionado com o talento que Íris tem e expus isso a ela. Ela disse que, quando se sentir mais à vontade comigo, vai me mostrar outros desenhos e coisas que ela escreve.

Íris contou que está na casa da irmã, que mora em São Paulo, o que foi bom porque vai ficar lá até mudar de apartamento. Ela sente que seus ciúmes são doentios e começou a lembrar como a sua mãe sempre foi muito ciumenta com relação a deixá-la brincar com as suas primas ou com os gatos. Ela começou a rir ao perceber que sua mãe é uma pessoa extremamente ciumenta. Íris sente que essa era a forma de receber carinho da mãe, através do ciúme, sendo que ela também acaba fazendo a mesma coisa.

Disse que quer acabar essa graduação, que é a terceira que ela começa e que está na hora de encarar a vida adulta. Digo que a terapia pode ajudar muito nesse objetivo, ao trabalharmos as situações e os afetos que lhe fazem sofrer.

Íris 7 – 31/10/2018

Íris contou que está sentindo muito medo e que quer saber como lidar com isso, pois fica projetando um futuro negativo para as novas situações que ela está vivendo, sendo que essas novas situações são boas para ela: começou um estágio bem remunerado, mudou para um pequeno apartamento para morar sozinha, está num momento bom com o namorado. Digo que esse medo deve estar relacionado às inúmeras situações do passado que deram errado, mas que à medida que formos trabalhando no que o medo traz para ela, tanto no que ela sente como no que esse sentimento a faz pensar, poderemos desvelar o seu significado e, assim, muito

provavelmente ele irá se desvanecendo. Essa intervenção teve um efeito tranquilizador em Íris. Então, ela ficou um tempo refletindo em silêncio.

Contou que está sendo difícil amadurecer, que morar com a mãe era muito confortável, porém não podia fazer muitas coisas e que tinha que se justificar sempre quando saía de casa. Disse que ir ao mercado ou limpar a casa eram tarefas muito chatas, que a pressão de pagar as contas também a deixa ansiosa, por sentir medo em perder o estágio. Quando conversamos sobre o estágio, ela contou que o professor que a entrevistou a apoia bastante. Senti a necessidade de dizer que ela tem muita experiência de vida, que isso deve ter sido bastante valorizado pelo professor para que fosse escolhida.

Íris contou como a medicação a deixa sonolenta e lhe tira a libido, o que é um problema para a relação com o seu namorado; além disso, sente que perde seus afetos, que se sente menos viva. Trabalhamos em como era importante ela tomar os medicamentos nesse momento da sua vida, mas que era bom ela falar com o seu psiquiatra sobre essas questões para ver se existiam alternativas de medicamentos que não prejudicasse a sua vida sexual.

No fim da sessão, ela perguntou sobre o que eu recomendo para quando se sentir muito angustiada em relação aos seus medos. Digo que ela tem que respirar fundo e pensar que está conseguindo não apenas fazer projetos na sua vida, mas, acima de tudo, que está conseguindo manter esses projetos, que tem um namorado que a apoia e que pode falar comigo, caso se sinta muito angustiada.

Íris 8 – 07/11/2018

Contou que jogou toda a medicação fora num impulso de raiva e que tem voltado a vontade de se vingar da sua ex-colega de quarto. Digo que só por ela estar me contando já é bom para ela não passar ao ato. Referiu que a parte boa do medicamento é que não a deixava sentir intensamente as emoções, mas que, por outro lado, ela ficava sonolenta durante o dia todo e, devido a isso, jogou os remédios fora, “tenho que estar bem acordada no estágio, se ficar sonolenta vão me mandar embora”.

Íris disse que o remédio risperidona tirava a sua libido sexual, isso causou uma discussão com o seu namorado. Mas, a partir disso, ela começou a contar sobre os abusos que sofreu no seu passado, que, aos 6 anos, o seu irmão, que na época tinha uns 14, a tocava e sempre demonstrou um desejo sexual por ela; por isso, ela manteve distância dele, mas nunca contou a ninguém da família, por medo. Disse se sentir preocupada com a sobrinha dela, que tem três anos e mora na mesma cidade onde esse seu irmão também mora, medo do risco que isso representa para a sua sobrinha.

Hoje, pela primeira vez, Íris me disse os nomes das suas irmãs. Contou ter gostado de ter ficado duas semanas na casa da irmã, que reativou uma relação que ficou distante desde os seus 12 anos, quando essa irmã saiu de casa logo depois da morte do seu pai. Íris se sentiu abandonada por essa irmã e, desde então, guardava mágoas dela, porém esse sentimento se transformou nessas semanas.

Depois, Íris conta que desde muito cedo ela descobriu muito material pornográfico na sua casa, pois ficava muito tempo sozinha, explorando os quartos. Então, ela pergunta se é normal uma criança se interessar tanto por sexo. Respondo que o normal é a criança se interessar pelo ambiente onde está e sempre procurar a relação, mas a sexualidade erotizada é algo de uma fase mais adulta, a criança ainda não deve ter isso. Digo que ela foi vítima do seu irmão, que ela não tinha como se defender e, mesmo hoje, ela tem medo de contar para a família. Então, Íris contou sobre a relação que teve com o rapaz que abusava dela sexualmente, que ele a manipulava para ir ao ponto de venda de drogas, que era um lugar muito perigoso, para comprar cocaína para ele, porque ele não podia ir, já que devia dinheiro para os traficantes.

Então, ela referiu que esperava mais da sexualidade, que acreditava que deveria ser uma experiência quase espiritual, porém o namorado ficava só no sadomasoquismo, sendo que, nas últimas semanas, ela não tem gostado desse tipo de sexualidade, mas acabou entrando na brincadeira por medo dele acabar com a relação. Então, ela reflete sobre isso e diz “se for só isso a relação para ele, então ele não vale nada”, rimos. Respondo “que bom que você falou isso”. Íris disse que vai se impor mais para o namorado sobre o que ela gostaria de fazer para deixar o sexo mais agradável para ela.

Então, ela pergunta como é para mim deixar que ela pule de um tema para outro, do presente para o passado, e questiona se eu não deveria direcionar ela para um tema só durante a sessão, para não ficar confuso. Digo que “o importante, para mim, é que você se sinta confortável para se expressar livremente, podendo explorar o seu sentir daquilo que vai aparecendo, trazendo coisas profundamente significativas da sua vida. Não se preocupe se parecer confuso, caso eu não esteja entendendo, vou te perguntar. Afinal, esse é meu trabalho”. Íris demonstra ter ficado contente em poder explorar o que ela quiser durante a terapia, sem se preocupar em como isso vai acontecer.

Íris 9 – 21/11/2018

Íris relatou questões de ciúme do namorado, mas que, dessa vez, ela conseguiu se conter e não provocar uma discussão.

Disse ter vontade de se vingar da menina com quem ela dividiu quarto, que ela sempre foi muito vingativa com as pessoas que lhe fizeram alguma coisa de mal. Digo que podemos trabalhar nisso, em ver o que isso quer dizer dela. Conversamos um pouco, mas ela não desenvolveu muito mais as questões referentes a esta temática.

Então, ela mudou o tema para falar sobre o estágio, em como ela sente que reclama sempre de tudo, que até o namorado diz que ela tem que ver as coisas positivas na sua vida.

Sobre a interpessoalidade, sinto Íris mais solta, está rindo mais e está mais à vontade durante a sessão, podendo tocar temas cada vez mais íntimos sobre como ela se sente em relação aos outros. Reforço que um dos trabalhos terapêuticos é conseguirmos trabalhar o sentimento e os afetos.

Íris referiu sentir que, em alguns momentos, tem “surto maníaco”, ela mesma usa essa expressão. Pergunto a ela o que seria isso.

Íris: – é quando sinto tudo de forma muito intensa e ataco de forma muito agressiva. Não passa pela minha cabeça me conter, por conta disso, tenho perdido muitas relações porque sempre, em algum momento, as pessoas acabam fazendo algo e eu não deixo passar. Acho que só o remédio psiquiátrico pode me ajudar com isso.

Na sessão passada, ela tinha jogado fora toda a medicação, por estar atrapalhando a sua libido, mas agora sente que é importante ela voltar a tomar.

Em relação as relações sexuais com o seu namorado, está conseguindo conversar com ele um pouco mais sobre como ela se sente, e não ficar somente no sadomasoquismo. O namorado se mostrou compreensivo e apoia que ela volte a tomar a medicação psiquiátrica.

Íris 10 – 28/11/2018

Sinto Íris mais tranquila em comparação à sessão passada, também noto que ela está um pouco mais alegre. Contou que está num momento em que ela espera que algo de errado aconteça na sua vida. Então, ela mesma se lembra que eu havia dito que isso pode estar acontecendo porque ela sempre viveu experiências de sofrimento e de frustrações, que agora está sendo diferente e que é estranho viver essa tranquilidade.

Contou que no estágio está indo bem e que tem um professor que gostou muito da história de vida dela, que os dois escrevem poemas, então ela tem mostrado coisas que escreve para ele. Então, Íris mostrou desenhos que ela tem feito nos últimos anos, desenhos com aquarela, giz pastel e de caneta. Achei os desenhos muito lindos e expressivos, até perguntei se ela deixaria eu colocar esses desenhos na minha pesquisa. Ela adorou a ideia e disse que agora nas férias vai conseguir desenhar, mostrando-se bem animada para voltar a desenhar.

Contou que tem tirado boas notas na faculdade, que tem conseguido estudar melhor. Também disse estar com vontade de passar alguns dias na casa da mãe, para não ter que se preocupar com as tarefas do dia a dia durante as férias.

No fim da sessão, digo que fiquei contente de vê-la tão bem. Ela conta que irá para a cidade onde mora a sua mãe no fim de semana e, como já acabaram as aulas, vai ficar por lá durante todo o mês de dezembro, provavelmente volte em algum fim de semana para ver o namorado. Respondo que não há problema, que nos veremos em janeiro.

Íris 11 – 16/01/2019

Íris chegou à sessão narrando os medos que ela tem sentido, que acredita que os medos surgiram devido a estar se sentindo muito ansiosa nas últimas semanas, com muitas dificuldades em adormecer e tensão física constante. Referiu que, no dia anterior à nossa sessão, voltou a ter consulta com seu psiquiatra, contando que se sentiu muito angustiada por ter sido diagnosticada com um quadro de ansiedade. Fiz questão em trabalhar sobre essa ansiedade, então Íris relatou que sempre visualiza um futuro de fracasso sobre os seus projetos e que o que acaba destruindo esses projetos é o fato de ela ter problemas com as pessoas, sendo a culpa sempre dela.

A partir disso, trabalhamos em como esse medo reflete as experiências que teve no seu passado, quando sempre acabava tendo conflitos com as pessoas e abandonando os seus projetos. Então peço que reflita sobre o que mudou do seu passado para o presente. Íris menciona que agora ela está fazendo psicoterapia, que está conseguindo mudar alguns aspectos na forma como ela se relaciona com os outros, devido a se sentir melhor com ela mesma. Agora ela percebe que está amadurecendo, que está mais responsável nas atividades do seu dia a dia, o que lhe causa ansiedade. Assim, vimos como a ansiedade está relacionada a um amadurecimento da sua personalidade e, ao mesmo tempo, por ela acreditar que o seu futuro será negativo.

O segundo tema que Íris coloca em pauta é a relação com o seu namorado. Conta que está conseguindo controlar os seus ciúmes a ponto de não invadir o computador dele escondida. O namorado de Íris também sente que a terapia está fazendo muito bem a ela, fazendo com que o namoro passe por um momento bom. Porém, na sexualidade, Íris está um pouco decepcionada, sente que somente ela se esforça em querer melhorar a rotina, diz estar enxergando como ele é egoísta em alguns aspectos. Digo que a comunicação no casal é essencial para poder superar momentos como esse. Em relação ao trabalho de fotógrafo que o namorado exerce, Íris ainda sente emoções conflituosas; por um lado, sabe que é importante

para o namorado, pois é a única atividade profissional que ele tem em exercício, mas, por outro, continua sentindo bastantes ciúmes.

No aspecto interpessoal, sinto que Íris está se abrindo mais comigo, que está mais à vontade para me contar suas intimidades sem medo de ser julgada. Também sinto que ela está mais confiante de si, até porque não relatou ter tido nenhum problema relacional.

Emocionalmente, começou a sessão manifestando alguma ansiedade, mas logo isso se desvaneceu quando encontramos os significados acorrentados a essa emoção. No fim da sessão, nos despedimos com um afetuoso abraço.

Íris 12 – 23/01/2019

Sinto Íris um pouco agitada, porém contente. Ela relata que tem se sentido mais ansiosa, de maneira geral. Exploro o que significa isso de ela se sentir mais ansiosa. Ela diz que é por ter mais responsabilidades:

Íris: – é primeira vez na vida que sinto tanta pressão sobre as atividades que eu tenho que fazer, mas isso é porque é a primeira vez que eu realmente quero que dê tudo certo, isso me deixa preocupada e ansiosa. Antigamente, eu simplesmente cagava para tudo.

Psicólogo: – acredito que agora você deve estar olhando para o futuro como nunca tinha feito. No passado, você não podia olhar para ele, por estar em situações muito adversas.

Íris: – fiquei pensando sobre aquilo que você disse a algumas sessões, de que o curso de graduação tem que ser visto como um projeto a longo prazo e para o meu futuro profissional. Estou fazendo isso e comecei a pensar sobre o que eu realmente quero para minha vida como profissional, tenho certeza que não é dar aulas, mas acredito estar no curso certo.

Íris disse que vem se sentindo mais ansiosa depois das nossas sessões, durante a semana. Exploramos essa ansiedade e vemos que é devido a ela estar tomando uma atitude mais responsável com a sua vida, pois o processo de aceitação sobre a sua vida adulta está tendo um efeito de compromisso profundo nos seus projetos, o que traz o peso da responsabilidade, sentido como ansiedade.

Íris 13 – 30/01/2019

Chegou à sessão contando que se sente bem, porém que está tendo insônia, acreditando ser devido à medicação psiquiátrica, pois leu que é normal isso acontecer nas primeiras semanas e que, assim como a perda da libido, depois, iria melhorar. Nesse aspecto, ela acredita que o problema também ocorre porque a relação com o seu namorado está esfriando. Refletimos sobre o que Íris sente na sexualidade com o seu namorado, e ela diz que, para ela, está muito rotineira

e mecânica. Conta que gostaria de explorar a sexualidade de maneira espiritualizada, que acredita que o tantra pode ajudar, uma vez que ela se interessa muito por questões espirituais.

Relata que anda tirando bastante o tarô, isso tem ajudado a se sentir mais segura sobre como se direcionar em certas questões. Refletimos sobre como é importante viver a espiritualidade de forma a relacioná-la com a sua realidade:

Íris: – antigamente eu vivia só na espiritualidade, tinha umas ideias muito loucas e estava sempre meditando. Parei de fazer isso tudo, mas acho que vai me ajudar a lidar com a ansiedade que venho sentindo.

Psicólogo: – acredito você vivia a espiritualidade como uma forma de se abstrair das situações difíceis que estavam acontecendo no seu dia a dia. Agora você está passando por uma fase completamente diferente, e a espiritualidade pode aportar no lado mais sensível e profundo da sua vida.

Íris: – concordo [fica pensando por uns segundos e muda o tema]. Acredito que vou ter que segurar as rédeas da relação com Carvalho.

Trabalhamos em como Íris está passando por uma fase muito estável e boa na sua vida. Digo que acredito que seja a fase mais tranquila que ela já passou e que estou muito contente de vê-la bem. Ela responde: “penso que estou me saindo muito bem com isso de ser uma pessoa responsável”, e nós rimos. A sessão acaba com uma sensação de paz e serenidade.

Vejo Íris cada vez mais comprometida com as suas atividades e projetos. Estou gratamente surpreso pela sua rápida transformação durante o processo psicoterápico. Sinto que ela está mais tranquila e com afetos mais positivos, além de demonstrar estar ganhando mais confiança em si mesma. Nesta sessão, não falou sobre os medos relacionais de abandono nem sobre as dificuldades relacionais que ela poderia encontrar no estágio.

Íris 14 – 06/02/2019

Chegou à sessão alegre, contando que está se sentindo bem, porém que teve dois acontecimentos durante a semana que a afetaram. Disse que nas duas situações ela foi capaz de canalizar os afetos negativos que sentia e voltar ao seu estado de tranquilidade.

Conta que, na quinta-feira passada, estava no último dia do horário estendido no estágio, faltavam apenas 15 minutos para acabar o seu horário, quando decidiu ir embora, pois não estavam fazendo nada. Bem na hora que ela estava saindo apareceu a sua supervisora, que ela diz ser muito brava. A supervisora fez uma brincadeira sobre o horário que ela estava saindo, Íris não teve reação, logo em seguida, sentiu-se muito ansiosa, preocupada em como essa situação poderia tê-la marcado negativamente com a supervisora. Mas, depois de conversar com os seus colegas de estágio, Íris se tranquilizou, pois eles disseram que não era nada grave. Íris

contou que vai tentar ser bem pontual e sair no horário certo daqui para a frente, para não parecer que ela está bancando a esperta.

Depois, Íris contou que, no sábado, ela investigou o *Facebook* do seu namorado, usando uma conta falsa que tinha. Quando ela conta isso, eu começo a rir (foi bem espontâneo), mas ela também ri junto e diz “eu não consigo evitar... Tenho que dar uma espiada nele de vez em quando”. Conta ter descoberto que o namorado não excluiu a ex-namorada dos seus contatos, que isso a fez se sentir muito angustiada e que não conseguiu comer nada durante o dia todo. Então, confrontou o namorado por mensagem, mas, durante a conversa, conseguiu se acalmar e não provocou uma briga, como era de costume. Digo a ela que isso é um progresso, ela ter conseguido se controlar. Ela ainda acrescenta que a ex-namorada era tudo aquilo que Carvalho não aguentava: uma garota “pós-moderna” (nas palavras de Íris). Voltamos a rir com a situação.

Sinto que ela está mais calma e contente. Íris mostra uns novos desenhos que tem feito – eu fico impressionado com alguns deles, pois ela tem muito talento, na minha humilde opinião. Vejo como Íris fica contente em me mostrar os desenhos, que são algo de profundo valor e significado espiritual para ela. Então, digo que me sinto muito grato por ela estar me mostrando esse lado tão inspirador e criativo dela.

13/02/2019 – Íris enviou mensagens poucas horas antes da sessão, dizendo que não vai poder comparecer à sessão, porque está no hospital, pois pegou uma forte virose. Respondo que espero que ela melhore rápido e que a aguardo na semana seguinte.

Íris 15 – 27/02/2019

Íris chegou à sessão triste e quieta, dizendo estar se sentindo preocupada. Contou que o seu professor do estágio a convidou, junto com o seu namorado, para tomar um café no sábado. Disse se sentir envergonhada quando pensa na situação, já que ela vai estar com duas pessoas de quem gosta muito. Ao refletir sobre a situação, ela sabe que é besteira estar se sentindo envergonhada, já que vai estar com duas pessoas que gostam dela.

Disse que também se sente insegura, pois o seu namorado vai começar as aulas na faculdade de artes. Quando perguntada sobre o motivo da insegurança:

Íris: – por saber que ele vai conhecer outras meninas, mas eu sei que isso é inevitável e que ele gosta de mim, eu sei que é besteira minha ficar pensando que ele vai me trocar assim por outra.

Psicólogo: – é besteira, mas você sentiu essa insegurança em você. Vamos parar um pouco nela. O que essa insegurança está querendo te dizer?

Íris: – que eu era desagradável porque as pessoas se afastavam de mim. Sempre se afastaram... Mas eu já não sou mais aquela garota agressiva.

Psicólogo: – também vejo o quanto você mudou desde que começamos a terapia.

Contou que faz um ano que entrou na universidade, e que esteve pensando em quanto ela mudou neste último ano. Quando entrou na universidade, ela se aproximou dos grupos feministas, mas logo percebeu que precisaria se encaixar em tudo o que elas pensam, criticando muitas coisas com as quais ela não tinha nenhum problema; por exemplo, em se relacionar com homens afetivamente. Trabalhamos nessas questões, de como ela foi se distanciando desses grupos por sentir que elas não respeitavam a sua forma de pensar e de ser. Durante a reflexão dessas temáticas, Íris observou o quanto é negativo pensar de forma extremista, pois as feministas acabam generalizando todos os homens como sendo abusadores e que, através do discurso de medo, elas acabam influenciando muitas outras meninas a seguir a sua militância. Disse que a grande maioria das mulheres que ela conheceu nesses grupos tinha sofrido algum tipo de abuso na adolescência ou infância, mas que nunca tinham tratado essas experiências com alguma ajuda profissional. Segundo Íris, isso leva muitas dessas mulheres a sentirem um ódio profundo e muita raiva contra qualquer homem.

Ela refletiu sobre como tem uma relação amorosa duradoura, pois vai fazer um ano de namoro. Íris está contente porque nunca tinha durado tanto tempo com um namorado. Vejo o quão profundo é para Íris sentir que está conseguindo amar e ser amada, e como essa relação de entrega e compromisso que ela está construindo a deixa muito feliz.

No fim da sessão, digo que foi muito lindo ver como ela foi mudando o seu estado afetivo durante a sessão e que, no começo, ela estava se sentindo triste e quieta, por causa de inseguranças, mas que, agora, ela sai da sessão se sentindo bem e confiante. Íris sorri e nos despedimos com um abraço.

06/03/2019 – no dia anterior à sessão, Íris avisa que não poderá comparecer.

Íris 16 – 13/03/2019

Íris chegou à sessão contente e tranquila, dizendo que aconteceram algumas coisas desde a última vez que nos vimos, mas que, por alguma razão, ela não sente a necessidade de me contar. Respondo que pode ser devido a ela estar sentindo que consegue dar conta das situações sozinha. Ela responde que faz sentido, então diz que quer falar do seu passado nesta sessão.

Íris relata que, no colegial, não chegou a sofrer *bullying*, porém se sentia muito sozinha e diferente de todos os seus colegas. Contou que sempre tirou boas notas, sempre se comportou bem em aula e fora dela, mas que tinha um pensamento muito “pós-modernet” (nas suas

palavras). Disse que era a favor da união homoafetiva, que se considerava bissexual e que ficava com meninas, além de criticar a moralidade imposta pela religião, também se considerava ateia. Contou que seus colegas usavam nisso para criticá-la. Também falou que sentia muita raiva da sua mãe, pois ela tinha regras muito rígidas em relação a namoro e horários que ela devia chegar em casa. Íris só poderia namorar depois dos 18 anos, e foi o que ela fez. Sempre estudou muito e se dedicou para entrar em uma universidade pública. Assim que conseguiu, ela viveu intensamente a sua liberdade nos primeiros anos, mas queria criar laços com os rapazes que ela ficava, porém eles nem a cumprimentavam depois. Então, quando voltou a sua cidade natal e posteriormente entrou na USP, ela já não sentia mais essa necessidade eufórica por festas, pelo contrário, sentia-se entediada e incomodada nesses eventos. Foi, então, que conheceu o seu atual namorado. Sente que agora está se transformando numa velha, pois seu ideal de festa é “ouvir a música que eu gosto, dançar tranquilamente e conversar sobre tudo e nada”. Também está cada vez mais preocupada pela sua saúde e pelo consumo de drogas.

Digo que é como se ela estivesse sempre um passo à frente em relação ao ambiente onde se encontra. Ela concorda e diz que agora se sente bem com isso. Antes, sentia-se estranha, mas agora passou a se sentir tranquila em relação a esse estranhamento para com os outros.

Senti Íris tranquila e em harmonia, como nunca a tinha sentido antes. Digo que estava contente em vê-la assim.

Íris 17 – 20/03/2019

Sinto que Íris está muito cansada, mais tensa do que nas últimas semanas. Disse que está se sentindo um pouco resfriada desde ontem, que está muito cansada. Contou que está tudo tranquilo, que não tem nada de mais para me contar sobre a sua semana. Somente que está sentindo muito tédio no seu estágio, mas que não é nada para se preocupar.

Então ela questiona se eu tenho algo para lhe perguntar. Eu aproveito para falar sobre uma situação que ela contou com pouquíssimos detalhes, no começo do tratamento, e que ficou muito confusa para mim – um problema que ela teve com a assistente social que a acompanhou durante a sua adolescência, por quem Íris se sentiu profundamente traída, a ponto de executar uma vingança contra ela:

Psicólogo: – não ficou claro para mim, por que você ficou com tanto ressentimento por aquela moça da assistência social. Lembro que você me disse que iria me contar mais para a frente.

Íris: – bom, para chegarmos lá, tenho que contar bastante história. Então, vamos lá... Depois que meu pai morreu, quando eu tinha uns 10 anos, ninguém processou esse luto lá em casa. Eu já me sentia só, mas pelo menos tinha a minha irmã que me cuidava, mas ela casou e saiu de casa pouco tempo depois que meu pai

morreu, ficando lá minha irmã mais velha, que sempre estava me provocando e me criticando, meu irmão, que eu evitava, e ele também me evitava, e minha mãe, que era muito rígida e que não sabe demonstrar afetos até hoje. Vejo como eu, por ser muito sensível, acabei sendo o saco de porrada das frustrações da minha irmã mais velha e da minha mãe. Só que eu rebatia elas, atacava de volta, era uma menina muito explosiva. Então, acabei inventando uma história bem exagerada para essa assistente social, porque eu era muito carente e me aproximei dela [fica um tempo pensando], mas, aí, foi quando ela me enviou para o psiquiatra sem falar comigo antes. Senti que ela estava se desfazendo de mim [novamente fica em silêncio durante uns 10 segundos, sinto que ela está processando diferentes sentimentos, então respeito o silêncio atentamente]. Mas, mesmo antes do meu pai morrer, eu era muito só, porque os meus irmãos têm muita diferença de idade comigo. Já meu pai era um homem muito rústico, a sua forma de demonstrar carinho era trazendo comida para casa, porém ele nunca conversou comigo sobre nada. Na minha mãe, vejo uma pessoa que se frustrou no amor, pois ela tem um lado romântico, ela esperou 7 anos noiva do meu pai antes de eles se casarem. Eles noivaram e ele veio para a cidade onde cresci 7 anos antes de trazer a minha mãe, só quando ela veio finalmente se casaram. Eles tiveram uma infância difícil, meu pai trabalhou desde a quarta série; já minha mãe fez todo o ensino médio e poderia ter trabalhado como professora de ensino básico, porque fez formação para isso, mas teve vergonha do seu sotaque e meu pai também não gostava da ideia de ela trabalhar. Durante muito tempo, fiquei muito brava com ela por conta disso, mas, hoje, vejo que isso fazia sentido na sua cultura, no mundo onde eles cresceram. Sobre a minha mãe, agora eu sinto pena dela, porque fechou a sua vida numa esperança que nunca chegou. Ela realmente amava meu pai, eles se amavam do jeito deles. Hoje em dia, consigo compreender a limitação dos dois em demonstrar carinho e afetos para mim.

Logo Íris conta que sofreu muito *bullying* na quinta e sexta série do ensino fundamental, o que fez crescer intensos sentimentos de raiva e ódio nela. Diz que na oitava série discutiu com uma colega por uma besteira, mas, a partir desse momento, começou a ir armada com uma faca para a escola, decidida a se defender, caso alguém a incomodasse:

Íris: – eu iria esfaquear quem fosse, não me importando com as consequências, mesmo que acabasse na Fundação Casa ou algo do estilo. Graças a Deus, nunca mais ninguém mexeu comigo. Acredito que foi um milagre, de verdade, já que eu realmente iria esfaquear alguém. Levei a faca durante um ano inteiro na minha mochila, ainda bem que eu não cheguei a atacar ninguém [fica em silêncio durante alguns segundos]. De certa forma, consigo compreender o que os rapazes do massacre de Suzano fizeram, não justifico, mas, por pouco, cometi algo muito parecido.

Psicólogo: – vejo a força que você teve para conseguir passar por tudo isso, sentindo-se sozinha e sofrendo *bullying* quando você ainda era muito nova. Ninguém está preparado para esse tipo de situação, mas você conseguiu, de alguma forma, seguir em frente e chegar até aqui.

No fim da sessão, sinto Íris tranquila, mais leve, como se tivesse tirado um peso que carregava há muito tempo.

27/03/2019 – Tenho um imprevisto e envio mensagem no dia anterior, avisando que não poderei estar presente na sessão. Íris responde que tudo bem, que está tranquila.

Íris 18 – 03/04/2019

Íris conta que tem se sentido bastante ansiosa na última semana. Diz que a sua casa está desarrumada e tem louça para lavar, isso tudo a deixa bastante incomodada e não vê a hora de chegar em casa para arrumar tudo. Porém, quando chega lá, ela se sente esgotada fisicamente e acaba não arrumando quase nada. Essa situação tem se repetido frequentemente. Também contou que está gastando muito dinheiro quando sai com o namorado, que não está se controlando.

Volta a referir que se sente cansada, que está faltando muito às aulas e que o alemão está difícil. Por outro lado, diz que, nas atividades do estágio, está indo bem, que se sente intrigada com uma professora, por se identificar com ela. Íris conta que essa professora fala pouco, mas quando fala é direta e sincera. Diz que acha isso um atributo de muito valor.

Íris também conta que, de vez em quando, ela se olha no espelho e não se reconhece. Peço para me explicar melhor isso, e ela responde que sente um estranhamento, como se não soubesse quem ela é. Quando perguntada se isso tem se intensificado ultimamente, responde que sente isso desde que era criança, referindo ter contado para os irmãos, que a olharam com espanto, mas que não fizeram nada a respeito. Desde então, ela nunca mais conversou sobre esse tema com ninguém.

Psicólogo: – o que vou dizer só faz sentido se ecoar em você, que pode ser devido a você não ter tido tanta interação com os seus irmãos, por eles serem mais velhos, pelo seu pai estar sempre trabalhando e pela sua mãe não se aproximar afetivamente de você. Tudo isso pode ter desenvolvido essa sensação de estranheza sobre você mesma, pela falta de uma interação ativa, e principalmente afetiva, com toda a família.

Íris: [pensa em silêncio durante alguns segundos] – faz muito sentido isso. Minha sensação de solidão vem desde muito cedo, na minha vida.

Sinto que, ao encerrar a sessão, Íris está bem tranquila e alegre. Nos despedimos com um abraço.

Íris 19 – 10/04/2019

Chegou à sessão contando que tem se sentido bastante cansada, que acredita que é devido ao estágio na escola, pois eles exigem bastantes atividades dela. Conta que mudou de psiquiatra e que se sentiu muito bem com essa nova médica, pois ela lhe pareceu muito preocupada e humana no seu trato. Refere que está tomando um antidepressivo e que sente que não precisa falar as coisas, por estar sentindo menos os seus afetos.

Conta que acha um colega do estágio muito “puxa-saco”, que isso a incomoda bastante e, só de pensar que vai ter que trabalhar com ele diariamente, ela se sente tensa. Trabalhamos

formas de minimizar o tempo de que vão ficar trabalhando juntos, para que ela não precise se sentir desconfortável com o rapaz. Chegamos à conclusão que dividir as tarefas do trabalho de maneira bem estabelecida irá ajudar bastante. Íris refere que sempre gostou de fazer os seus trabalhos sozinha, já que ela é muito prática e trabalha bem no seu próprio ritmo. Conta que sentiu um pouco de ciúmes, pois esse colega é muito conversador e está criando intimidade com o professor com quem Íris fez amizade. Quando conta sobre os ciúmes que está sentindo, começa a rir, eu também acho engraçado e expresso isso sorrindo. Então ela diz “é bem infantil da minha parte sentir esse ciúme”.

Íris conta que vai fazer aniversário na próxima semana e, por isso, começou a se sentir estranha, pois não se enxerga com 24 anos: “quando estava na adolescência, via o pessoal com vinte e muitos como pessoas velhas. Agora, estou chegando nisso e é estranho, porque me sinto mais nova, mas também vejo o quanto tenho amadurecido”.

Faltando uns 30 minutos para terminar a sessão, Íris pergunta se falta muito tempo para acabar o nosso tempo, pois não tem nada para falar hoje. Respondo que ainda temos metade da sessão.

Íris: – verdade! Quero te falar sobre a culpa que sinto, de vez em quando, ela aparece de forma muito intensa. Lembro das coisas que eu já fiz contra as minhas irmãs e a minha mãe. Eu já fui muito agressiva com elas, já parti para cima com uma faca contra a minha irmã e empurrei longe a minha mãe. Isso aconteceu na adolescência, eu tinha muita raiva, ódio delas. Penso que ninguém na família soube lidar com a morte do meu pai. Me sinto muito arrependida de ter feito as coisas que fiz com elas. Agora percebo que elas também estavam sofrendo o seu luto.

Psicólogo: – você já falou isso com elas, sobre o arrependimento que sente?

Íris: – nunca falei, mas eu penso que não há magoas por parte delas, já que, hoje em dia, elas me tratam bem. Eu também estou muito diferente daquilo que era.

Psicólogo: – você era uma criança nessa época, esse peso da culpa que você está carregando é algo que provavelmente elas não pensam assim, acredito nisso, pois elas te tratam bem hoje em dia.

Íris: – sim, mas é difícil não sentir essa culpa. Fora de casa, eu era calminha, mas, dentro, eu quebrava tudo, era muito agressiva com todos. Mas é verdade, eu era uma criança e, muitas vezes, fui o saco de porrada da minha irmã.

No fim do nosso tempo, Íris pergunta se na semana que vem teremos sessão, pois é semana da páscoa. Respondo que sim e que estarei à sua espera. Ela se despede contente.

Sinto que ela está confortável com a terapia, vejo como, aos poucos, ela vai entrando cada vez mais nas memórias do seu passado. A culpa que ela mostrou, nesta sessão, parece acompanhá-la desde muito tempo, mas só hoje ela foi capaz de colocar isso em palavras.

Íris 20 – 17/04/2019

Íris chegou à sessão sorrindo, com um ar leve e descontraído, querendo falar sobre como tem se sentido no estágio. Diz ter percebido que ela procura a aprovação dos professores, e que a indiferença de uma das professoras a afeta bastante. Ao desenvolver como ela se sente, começa a perceber que a professora chega a ser mal-educada, não só com ela, mas com todos a sua volta, pois não a cumprimenta nem se despede. Porém, essa professora faz isso, além de outros comportamentos de desinteresse, com todos à sua volta frequentemente, desde outros professores, como também outros estagiários. Refletimos como é se relacionar com as limitações dos outros, principalmente com aqueles que nos incomodam.

Íris conta sobre o professor com quem ela tem criado amizade, do qual ela sente ciúmes por conta do estagiário que entrou depois dela estar se aproximando muito dele. Ao desenvolver o tema, ela percebe como é bom ter esse estagiário, pois o professor acaba buscando mais esse rapaz do que ela. Íris percebeu que esse professor tem as suas questões relacionais e se ofende com “pequenas situações”. Depois de trabalharmos sobre os seus sentimentos, Íris referiu se sentir mais confortável e menos ciumenta. Ao mesmo tempo, começou a perceber como ela, muitas vezes, se incomoda com situações em que o seu namorado não teve intenção nenhuma de atacá-la, dizendo ter muitas “*pecuises* relacionais”. Reforço como é interessante ela estar tendo esse tipo de reflexão, se colocando compreensivamente no lugar do outro e demonstrando amadurecimento e autoconhecimento.

Íris refere estar animada por visitar a família no feriado da Páscoa, também porque foi seu aniversário há poucos dias e ela espera receber “mimos, como bolo de aniversário” da sua mãe e irmã:

Íris: – eu mesma estou surpresa por sentir vontade de estar com elas, mas é só pelo bolo mesmo [sorri].

Psicólogo: – acho que é a primeira vez que você me diz sentir vontade de estar com a sua família, nessa forma de buscar carinho deles.

Íris: – acho que estou mudando [e volta a sorrir].

Essa foi a primeira vez que Íris fez uma reflexão mais crítica sobre a sua forma de se sentir afetada pelos outros. Ela também se mostrou aberta a valorizar comportamentos que demonstram carinho por parte da sua família e querer estar próxima dela.

Íris 21 – 24/04/2019

Chegou à sessão descrevendo ter voltado a ter ideias catastróficas do futuro e que isso a deixa com medo e tensa no seu dia a dia, ficando mais intolerante com as pessoas ao seu redor.

À medida que fomos refletindo sobre como ela se sente e o significado desse medo, Íris contou que ela se coloca muita pressão para ser mais sociável com os outros, principalmente com os outros monitores do estágio, mas isso acaba a deixando tensa, o que provocou respostas agressivas contra eles em uma determinada situação. Então trabalhamos estratégias para que Íris se sinta melhor nos ambientes sociais. Por outro lado, ela está com medo de não conseguir ter bom rendimento nas disciplinas do curso. Então, contou que o melhor será estudar nos intervalos do estágio, evitando ficar conversando com as pessoas sobre temas que não lhe agradam minimamente.

À medida que fomos trabalhando os medos e formulando estratégias (maneiras de evitar o futuro catastrófico), Íris foi se sentindo mais aliviada. Acabou a sessão aparentando estar mais tranquila e percebendo que está em seu poder continuar com um bom desempenho nos seus projetos.

Íris 22 – 08/05/2019

Chegou à sessão contando que tem abafado sua ansiedade fazendo muitas compras. Exploramos o que poderia estar relacionado e identificamos o fato de ela estar se sentindo uma mulher adulta e, por conta disso, sentir a necessidade de mudar o estilo de se vestir. Também observamos que está se preocupando mais com ela, com o seu corpo, comprando cremes e produtos de cuidados femininos, mas ressaltamos que tem que colocar limites sobre o que gasta. Pensamos numa estratégia na qual ela irá deixar um limite para gastar por mês nesse tipo de produtos. Nesse ponto, Íris conta que se preocupa bastante em como as pessoas a veem e, por isso, ela sente a necessidade de estar bem vestida, principalmente no seu estágio.

Depois, refletimos sobre ela estar preocupada por não ter levado o seu namorado para conhecer a sua família. Íris acredita que o namorado está achando estranho e pode estar criando um ressentimento com isso. Por essa razão, ela tem pensado em levá-lo, porém sente muita vergonha da casa da sua mãe, pois fica num bairro periférico bem pobre e a sua casa está muito deteriorada. Primeiro, pensamos sobre possibilidades de ela se sentir mais à vontade para levá-lo, preparando-o para essa situação; depois, chegamos ao significado dessa questão, uma vez que ela se viu confortável em conversar com o namorado sobre isso, revelando para ele o que ela está sentindo e perguntando o que ele sente sobre não ter conhecido a família dela até hoje. Íris refere que ele será o primeiro namorado que irá conhecer sua família, “ele é o homem com quem quero me casar”.

Nos últimos 10 minutos de sessão, ela revela, com certa vergonha, ter espiado, pelos aplicativos relacionais, algumas pessoas que ela admirava ou teve amor platônico, desde a

adolescência, até um par de anos atrás. Pessoas que são da sua cidade natal. Disse que todos estão quase na mesma situação ou pior do que no passado, e que ela se sentiu bem ao ver o quanto essas pessoas teriam limitado a sua vida e por ter se distanciado delas: “agora vejo que eles nunca chegaram a me compreender, por isso eles não ligavam muito para mim” – relata isso com alívio, ressaltando onde ela está, as coisas que tem conseguido na sua vida.

Psicólogo: – vou fazer uma interpretação sobre isso, mas só vai fazer sentido se te tocar profundamente. Acredito que você precisou voltar a ver o seu passado, essas relações que ficaram inacabadas para você, ou que te fizeram sentir “menos”. Então, você notou o quanto você está diferente, o quanto você cresceu como pessoa nesses anos e eles continuam quase iguais. Essa reflexão te trouxe um sentimento de tranquilidade.

Íris: – Sim, faz todo o sentido, me faz olhar para o passado de uma maneira diferente, com paz. Já passei por tanta coisa que, às vezes, me surpreendo por estar aqui hoje.

Nesta sessão, observo como Íris está cada vez mais comprometida com suas relações significativas e seus projetos para o futuro. Ao mesmo tempo, noto como as temáticas que ela explora vão se expandindo ao passado, não só nas sessões, mas também durante o seu dia a dia, revivendo esse passado de uma maneira mais harmoniosa com os seus afetos.

15/05/2019 – não tivemos sessão, devido às manifestações e à limitação dos transportes públicos na cidade de São Paulo.

Íris 23 – 22/05/2019

Íris chegou à sessão dizendo que tem se sentido muito desmotivada nas últimas semanas, não tem ido às aulas da faculdade e só tem saído de casa para ir ao estágio. Conta que está muito triste por pensar que pode perder seu namorado porque ele pode ir morar em Portugal – isso porque ele cancelou sua matrícula na faculdade, porém só irá para Portugal caso ele passe na Estratégia Nacional de Investigação e Inovação (ENEI) do ano que vem.

Discutimos sobre as escolhas que ela pode tomar, já que também vê a possibilidade de ir junto. Refletimos sobre como se sente afetada devido à insegurança com a possibilidade de perder o seu namorado. Ela sente ansiedade e uma desmotivação geral, além de medo de perder a única pessoa próxima que ela tem. Porém, logo diz que tem se sentido muito enjoada da presença dele, então sente culpa por isso.

Íris conta como tem refletido sobre todas as atividades que está tendo, e que os seus pensamentos estão menos focados no seu namorado, o que para ela é algo muito bom. Acredita que não era saudável para a relação a sua forma de estar sempre pensando no que o seu namorado está fazendo, vigiando-o nas redes sociais e tendo ciúmes constantemente. Agora ela

está bem menos preocupada com esse tipo de coisa e sabe que ele também precisa de um emprego para ter com o que ocupar também.

No fim da sessão, ela demonstra estar mais confiante sobre a incerteza do futuro, considerando que, qualquer que seja a sua escolha, ela precisa se manter bem na faculdade. Sinto que ela está mais tranquila e se despede contente da sessão.

Íris 24 – 29/05/2019

Íris chegou à sessão contando que teve uma boa consulta com a sua nova psiquiatra, que ela fala bastante e lhe deu várias dicas sobre o que fazer. Mas aquilo que mais lhe fez sentido foi que a psiquiatra disse que Íris exige muito de si mesma, para ela não se cobrar tanto. Trabalhamos sobre isso e sobre como Íris sente que, desde a sua adolescência, ela sempre se cobrou muito, mas que, agora, isso está mais intenso. Logo, ela refere que esta semana conversou com algumas pessoas e que conseguiu se abrir mais com elas. Sente isso como algo positivo na sua forma de se relacionar com os outros. Ressalto que também acho isso, que ela está acreditando mais nela, tendo mais confiança em si e, por conta disso, se abre para confiar nos outros. Trabalhamos sobre como Íris tem mudado a forma de estar na presença dos outros, deixando de ter a sensação de ser agredida pelas pessoas próximas a ela.

Depois disso, Íris relata que esteve pensando que não lhe interessa sair do Brasil antes de acabar o curso. Refere que só iria para fora do país com o seu diploma de graduação. Porém, o cenário político atual a deixa muito receosa sobre o que irá acontecer no país. Discutimos sobre como ela está se apropriando das escolhas que terá de fazer no futuro próximo, mas que as incertezas provocam tensão e ansiedade. Essa reflexão ajudou a tranquilizá-la em relação aos caminhos que tem decidido no presente, deixando para sofrer com as escolhas futuras quando elas acontecerem.

Ao terminar a sessão, Íris está visivelmente contente, demonstrando se sentir motivada.

Íris 25 – 05/06/2019

Íris chegou à sessão contando que está se sentindo saturada do professor de estágio, aquele que havia se aproximado dela desde que iniciou trabalho na escola. Refere que o professor cobra muito dela e do seu colega estagiário sobre um projeto com os alunos, do qual Íris é monitora. Relata estar cansada da forma autorreferente que esse professor faz o seu trabalho e da maneira que cobra os estagiários. Porém, ela sabe que não tem jeito, que vai ter que trabalhar nesse projeto durante as próximas semanas.

Sinto que é importante ela desabafar sobre como se sente em relação a esse professor, assim, trabalhamos bastante nisso. À medida que ela foi narrando o seu descontentamento, percebeu que tem que aceitar a situação, o que lhe trouxe mais tranquilidade. Posteriormente, discutimos formas de se relacionar com os outros cordialmente, respeitando as suas limitações. Então, Íris comenta que também se sente bastante saturada com o seu namorado. Ao explorar os seus sentimentos, Íris diz que também sente culpa:

Íris: – ele é uma ótima pessoa, um ótimo namorado, me sinto culpada por falar mal dele, por pensar esse tipo de coisas negativas dele. Não quero perdê-lo, mas também sinto que preciso estar sozinha, ter o meu espaço de vez em quando, e ele não entende isso. Porém, não penso mais ir para Portugal, meu lugar é aqui em São Paulo.

Trabalhamos nessa questão, sobre ela poder falar o que sente e pensa durante a terapia, para dar voz aos sentimentos que estão junto das situações que a afetam. Então, Íris refere que a sexualidade a está incomodando muito, pois o namorado apenas repete as mesmas coisas e isso a decepciona cada vez mais, devido a ela já ter conversado com ele, mais de uma vez, sobre os pontos que a frustram na sexualidade:

Íris: – poxa, ele não tenta ir atrás de se informar como fazer as coisas. Eu inovo, estou fazendo dança sensual porque gosto e ele adorou. Mas ele não faz nada de diferente, sempre o mesmo. Não estou a fim de ser “sdomatizada” em todas as vezes que transamos. Não sei, vejo que ele é muito infantil para algumas coisas e eu estou mudando, estou mais pé no chão em relação à vida e em relação ao que eu quero.

Trabalhamos em pontos como ela estar se vendo mais madura em relação a si e como está conseguindo adaptar-se às adversidades nos projetos que está inserida: universidade, estágio, morar sozinha e a relação com o namorado. No fim da sessão, Íris refere estar muito ambivalente nos seus sentimentos e um pouco confusa, porém, acredita que é devido a estar na tensão pré-menstrual.

Sinto que ela está mais segura de si, refletindo mais sobre as escolhas que faz nos diferentes ambientes em que transita. Está conseguindo se adaptar às adversidades na relação com os outros no estágio. No seu relacionamento, tem passado por uma fase de ambivalência, porém não tomou nenhuma atitude impulsiva, refletindo profundamente sobre as questões relacionadas ao seu campo afetivo e ao sentido dessa relação para o seu futuro.

Íris 26 – 12/06/2019

Íris chegou à sessão comentando que tem muita coisa para discutir, que não sabia nem por onde começar. Senti que estava ansiosa nesse começo de sessão. Conta que, na segunda-feira, ela chegou em casa se sentindo mal fisicamente, resfriada, mas também esgotada

fisicamente. Diz que ficou “filosofando” sobre os pensamentos que vieram; nisso, ela foi se sentindo cada vez com mais culpa, pela forma que vem tratando o namorado, e medo de ele se cansar da relação. Durante essa reflexão, Íris entrou em contato com os seus sentimentos em relação a ele, a quanto o ama, que a relação lhe faz muito bem e como os dois se ajudam nas suas dificuldades.

Conta que teve ideias suicidas, que procurou o meu contato, mas, como teve que trocar o celular, não o encontrou. Então, ligou para uma amiga e conseguiu se tranquilizar. Isso a fez se sentir bem, ter podido confiar em alguém além do namorado e de mim, a ponto de falar sobre o que a angustiava e se sentir acolhida. Em seguida, trabalhamos sobre a sua ideiação de morte:

Psicólogo: – acredito que o medo de perder o namorado, misturado de culpa intensa e da falta do amor dele, trouxeram sensações de um vazio corrosivo e extremamente doloroso, que você sentiu durante muitos anos no seu passado.

Íris: – sim, voltou uma sensação que não sentia faz muito tempo, mas, desta vez, eu consegui atravessar o sofrimento conversando com a minha amiga. Vi que não sou mais aquela menina sozinha e carente, que precisava se cortar para aguentar o sofrimento. Vejo como isso vai ficando no passado.

Logo, refere se sentir muito saturada com o mesmo professor de estágio que Íris vem trazendo às sessões nas últimas semanas, que está cobrando muito dela sobre o projeto com os alunos. Trabalhamos sobre como essa cobrança a está afetando negativamente, porém reforço o quanto ela tem conseguido ter mais paciência com as pessoas de maneira geral. À medida que fomos conversando sobre essas questões, noto como Íris foi transformando a forma de estar, sentindo-a tranquila e calma. Trabalhando as angústias e os medos que essas situações traziam, chegamos a rir de como esse professor se coloca nas suas relações com os outros, como isso acaba sendo hilariante.

Acredito que, de maneira intuitiva, trabalhamos tirando a pressão que Íris sentia na relação com esse professor, mudando para algo leve e satirizado. Penso que isso só aconteceu devido ao progresso que ela está adquirindo na sua maneira de se relacionar com os outros. Ao fim da sessão, vejo que Íris está tranquila, se despede carinhosamente e agradece a oportunidade de fazer a psicoterapia.

Íris 27 – 19/06/2019

Íris chegou à sessão contando que se sente muito melhor do que na semana passada, que já passou toda aquela angústia e que foi bom ir para a sua cidade natal durante o feriado.

Conta que esteve refletindo bastante sobre a sua sexualidade, dizendo que apenas conseguiu chegar ao orgasmo uma vez na vida. Mas que, nos últimos dois meses, ela tem tido

sonhos nos quais tem orgasmos intensos, sendo que isso só acontece quando seu namorado está dormido junto com ela. Trabalhamos sobre como isso pode estar relacionado e como é difícil ter uma sintonia sexual profunda com alguém. Ela conta que teve muitos parceiros quando esteve no interior, porém, tinha noção de que eram para saciar a sua carência afetiva. Refere que, quando voltou a sua cidade natal, e posteriormente veio para São Paulo, ficou dois anos sem ter relações sexuais com ninguém. Disse que, no começo, sentia rancor do seu ex-companheiro, mas esse sentimento foi passando à medida que ela notou que o rapaz estava muito doente, entre seus vícios com substâncias e sua condição psicológica.

Psicólogo: – você guarda algum tipo de sentimento sobre essa fase da sua vida?

Íris: – dias atrás, estive pensando sobre isso. Cheguei à conclusão que, se tivesse que voltar no tempo, faria tudo de novo, da mesma forma. Sofri muito, mas tudo aquilo me fez crescer e aprender.

Psicólogo: – que lindo ouvir isso [fico em silêncio por alguns segundos, sentindo profundamente o que Íris acabou de contar]. Conseguir apreciar a belíssima pessoa que você é, através do sofrimento das experiências do seu passado, para mim, isso é significado de amadurecimento pessoal profundo.

Nesse momento, Íris fica muito contente com as minhas palavras, e conta que tem sentido muito ódio da ex-colega de quarto. Pergunto sobre o que ela gostaria de fazer com essa ex-colega, sendo a minha intenção fazê-la expressar livremente o que sente:

Íris: – que Jesus me perdoe, mas, já que você perguntou, gostaria que ela fosse estuprada, ou melhor ainda, que ela fosse empalada até a estaca atravessar o corpo dela.

Nesse momento começo a rir, ela também ri, então pergunto como está se sentindo agora. Ela diz que está bem mais tranquila.

Nesta sessão, realmente senti Íris bem tranquila e contente. Também senti a necessidade de ela expressar o ódio e a raiva que ela ainda tem dessa ex-colega, para ajudá-la a atravessar esses sentimentos durante a sessão.

Íris 28 – 26/07/2019

Íris chegou à sessão dizendo que deseja falar sobre perdão. Diz sentir muitas mágoas por algumas pessoas. Refere ter conseguido se perdoar de muitas coisas que ela já fez, porém, em relação à sua família, ainda sente muita vergonha do que fez na adolescência. Primeiro falamos sobre quem ela sente que precisa perdoar:

Íris: – minha ex-colega de quarto, sinto muita raiva dela. Tem dias em que acordo querendo matar ela, tem dias que não.

Psicólogo: – podemos ver o sentimento que ela te faz sentir. O que ele te diz?

Íris: – é muita raiva e ódio, ódio de ter contado para ela sobre os meus problemas psiquiátricos e, mesmo assim, ela fez o que fez.

Psicólogo: – então, você está magoada por ter mostrado o seu lado vulnerável?

Íris: – sim, isso aconteceu também com aquela assistente social, para quem me vinguei.

Trabalhamos sobre essas experiências da sua infância e adolescência. Vemos como o perdão passa por aceitar as nossas limitações e as do outro, quando a experiência que nos magoa aconteceu. Então, Íris começa a lembrar sobre como ela era agressiva com a sua família e como ela não se perdoa por isso. Lembra de não aceitar sofrer pela morte do seu pai e que isso a fez desenvolver muita raiva contra toda a família. Tanto a sua mãe como as suas irmãs ficaram muito tristes, e isso a deixava com muita raiva delas. Sente muita culpa por isso.

Psicólogo: – você sente que as suas irmãs têm mágoas de você?

Íris: – não, elas me tratam muito bem.

Psicólogo: – então, acredito que elas estão felizes de ver que você está bem neste momento da sua vida, com um namorado que você ama, sendo independente, trabalhando e estudando. Acredito que elas também devem sentir alguma culpa daquilo que aconteceu na tua adolescência, até porque você era uma criança, já elas, por terem mais idade, poderiam ter te acolhido de alguma maneira.

Neste momento, Íris começa a chorar. Tento acolhê-la com o meu silêncio comprometido, sem apressar este momento, querendo demonstrar, na minha atitude, que ela pode chorar sem receios. Sinto que Íris entrou num processo de autoperdão. Então, ela conta que está se sentindo muito bem consigo mesma, que teve uma semana muito produtiva de estudo e que se sente tranquila e relaxada, mesmo estando sozinha, pois está de férias na universidade e no estágio. Diz se sentir adulta e segura de si.

No fim da sessão, Íris me abraça carinhosamente e volta a me agradecer por estar tendo a chance de fazer psicoterapia. Respondo que é muito gratificante, para mim, ver o quanto ela está tendo coragem de entrar nos pontos que tem mais vulnerabilidades e fraquezas, que fazer isso implica muita força e determinação.

Íris 29 – 31/07/2019

Íris chegou à sessão bem tranquila, dizendo que não tem muito sobre o que falar hoje, que está se sentindo bem. Conta que tem conseguido se relacionar com as pessoas no estágio sem ter nenhum tipo de problema, sendo cordial com os professores que ela não gosta, sem se sentir falsa ou ter algum tipo de incomodo por isso.

Então, diz que quer falar sobre as cicatrizes que tem, devido a ter se automutilado no passado. Fala sobre alguma das tatuagens que tem pelo corpo, que ela fez para esconder as cicatrizes dos cortes da automutilação, para evitar o olhar e a invasão das pessoas. Relata que, durante muito tempo, teve muita vergonha de quando as pessoas percebiam os cortes no seu corpo, mas que, no presente, não sente mais, embora não goste de ver a reação das

pessoas. Exploramos que a vergonha surgia quando alguém perguntava diretamente o que tinha sido a cicatriz, então Íris inventava alguma história. Ela refere não sentir mais essa vergonha, pois aceitou que a automutilação fez parte da sua vida durante anos e que, se a pessoa tiver preconceito sobre isso, seria um problema da pessoa.

Conta sobre as vezes que se cortou na frente de sua mãe, irmã e do namorado:

Psicólogo: – o que você procurava no outro?

Íris: – queria algo, uma reação, porém, da minha família, só recebi frieza. Minha mãe não tinha quase reação nenhuma. Minha irmã ficava assustada, mas não fazia mais nada. Já meu namorado ficou muito preocupado, vi o quanto ele se importava comigo.

Psicólogo: – você buscava acolhimento?

Íris: – sim, queria mostrar para eles um pouco do sofrimento que estava sentindo dentro de mim. Hoje, não sinto mais essa necessidade de me cortar. Mas, naquela época, era quase uma rotina. Agora, consigo ver que, naquela época, carregava tanto sofrimento dentro de mim, que qualquer situação um pouco mais complicada era suficiente para me cortar. De alguma forma, ao me cortar, eu me tranquilizava, achava lindo ver o sangue escorrer pelo meu corpo, só sentia dor depois, quando entrava no chuveiro para me limpar.

Íris está entrando, cada vez mais, num processo de aceitação profundo sobre o seu passado, tendo como transformação uma harmonia afetiva e uma mudança na forma de se relacionar com as pessoas no presente.

8. DISCUSSÃO

Referente à hipótese levantada, de que a clínica desenvolvida pelo modelo da psicopatologia fenomenológico baseada em Binswanger e Callieri, somando a operacionalização da fenomenologia da vida de Michel Henry no tratamento clínico psicoterápico, poderia impactar positivamente pacientes com transtorno de personalidade borderline, consideramos que foi alcançada com sucesso. Chegamos a essa verificação positiva da nossa hipótese, devido a que todas as participantes obtiveram transformações significativamente positivas em todas as categorias avaliadas ao longo de um ano de tratamento psicoterápico baseado nos conceitos de biografia interior, intuição fenomenológica, *ser-um-com-o-outro*, clínica da interpessoalidade, antropologia do encontro e a intersubjetividade mundana do corpo, junto com os conceitos de pathos, corpo encarnado e corpopropriação.

Esta constatação se deve a avaliação dos dados obtidos através de duas fontes: primeiro, pelos resultados das pontuações da Escala de Avaliação de Resultado (*Outcome Questionnaire*) OQ.45.2; e, segundo, pela análise fenomenológico do processo psicoterápico feito em cada uma das participantes.

Para ilustrar o resultado dessas transformações, a Tabela 4 apresenta o resumo das pontuações totais da escala OQ 45.2 das três participantes. Cabe ressaltar que, para a interpretação do escore total do instrumento, deve-se considerar quanto maior for a pontuação, maior será a percepção da paciente sobre a existência de desconforto subjetivo (da Silva, 2013).

Tabela 4 – Pontuação dos escores totais da escala OQ 45.2.

Escala <i>OQ 45.2</i>	Pontuação total no início do tratamento	Pontuação total após 6 meses de tratamento	Pontuação total após um ano de tratamento
Dália	99/180 – 55%	73/180 – 40,5%	78/180 – 43,3%
Gardênia	121/180 – 67,2%	83/180 – 46,1%	53/180 – 29,4%
Íris	118/180 – 65,5%	49/180 – 27,2%	29/180 – 16,1%

8.1 Análise fenomenológica do processo psicoterápico

O primeiro objetivo geral da pesquisa, isto é, realizar três estudos de casos explorando os acontecimentos e as mudanças que aconteceram no decorrer do processo psicoterápico, foi

obtido com sucesso. Podemos constatar mudanças significativas em todos os campos avaliados das pacientes deste estudo.

A seguir, será realizada a análise de cada um dos casos, através da leitura dos resultados das anotações das sessões de psicoterapia. Essas reflexões foram feitas seguindo os critérios da psicopatologia fenomenológica, destacando as mudanças e transformações que ocorreram em cada um das categoriais universais do *ser-no-mundo*, como também através das mudanças nos campos da interessoalidade é apreendida na presença entre o paciente e o psicoterapeuta.

Durante a análise dos casos, foram referenciados alguns momentos das sessões para exemplificar as análises feitas. Também foram citadas partes relevantes da revisão da literatura, com a intenção de expor a reflexão dos conceitos provenientes da psicopatologia fenomenológica de Binswanger e Callieri, como também da fenomenologia da vida de Michel Henry, na ação clínica, porém, isso não foi feito em todas as partes, para não provocar um excesso repetitivo de citações.

8.1.1 Estudo de caso – Dália

Dália (nome fictício) tinha 43 anos de idade ao iniciar o tratamento, morava com o namorado há 3 anos e tinha um filho de 22 anos. Ela estava afastada do trabalho, devido à sua condição psicológica. Mantinha tratamento psiquiátrico periódico, porém nunca tinha feito tratamento psicoterápico.

8.1.1.1 Início da psicoterapia de Dália (07/06/2018 até 28/09/2018)

No início do tratamento de psicoterapia, Dália demonstrava estar bastante limitada em todos os atos categoriais da consciência. Apresentava-se tensa e ansiosa no início das sessões, afetivamente instável, podendo mudar subitamente de um estado emocional para outro, tendo maior constância nos estados afetivos de abatimento, desesperança e tristeza generalizada. “Chegou à primeira sessão visivelmente ansiosa, postura corporal fechada e tensa, respiração acelerada e olhar fixo” (sessão 1 – 07/06/2018).

No campo da espacialidade e corporalidade, a paciente não se identificava com o seu corpo, sentindo insegurança, culpabilidade e muita vergonha. Em relação a sua motricidade, sentia ter perdido as capacidades de coordenação e raciocínio, além de medo de sair de casa sozinha.

Dália também volta a falar o quanto não se reconhece mais no seu corpo, que tem vergonha de sair à rua ou sair com o seu parceiro, pois se sente horrível, nenhuma das roupas que ela gostava de usar lhe serve mais e, cada vez mais, acredita que o seu namorado não a aguenta mais. (sessão 7 – 02/08/2018)

Com relação a essa vivência, podemos compreender à luz daquilo que Binswanger (1954/2013) relata sobre como o espaço próprio é o nexos dinâmico do corpo próprio, com o seu entorno mais imediato. Assim, o espaço próprio e o espaço alheio não se encontram completamente separados um do outro, mas se interpenetram constantemente por intermédio da motricidade, que é fixada a partir do espaço próprio no espaço alheio, enquanto tal ou vincula “de volta” o espaço alheio na esfera do esquema corporal. Dália vivia num ambiente extremamente agressivo, que lhe causava ansiedade, medo, insegurança e culpa, devido à pressão contínua e à falta de compreensão que estava sistematicamente sentindo pelos outros.

Conta que o ambiente na casa é de muita agressividade, que eles se xingam o tempo todo e estão sempre questionando sobre o transtorno psíquico que Dália tem, devido a ela estar afastada do trabalho, o que a faz sentir-se péssima, pois ela quer melhorar e voltar a trabalhar o quanto antes, mas não consegue sair de casa sozinha. (sessão 4 – 05/07/2018)

Em relação à vivência corpórea, a paciente apresentava um comportamento de automutilação para abafar a angústia intensa e permanente que sentia. Porém, ela voltava a se sentir angustiada com qualquer outra situação que lhe causasse sofrimento. Perante isso, Henry (2014b, p. 39) refere que “o que se realiza na passividade radical do sofrer é, por conseguinte, toda a tonalidade sofredora, na impossibilidade de o sofrimento escapar de si, é precisamente a sua vinda a si, ao seu ser dado nessa prova de si, que é a constituição de si”. Nas palavras de Dália, “sinto que preciso me cortar para poder deixar de sentir a angústia e a dor que estão permanentemente comigo. É como se a dor de me cortar estivesse ofuscando essa angústia que sinto o tempo todo” (sessão 1 – 07/06/2018).

Acerca do campo categorial da temporalidade da consciência, ela se apresentava num estado bastante presentificado, trazendo principalmente questões relacionadas a problemas no seu presente, de forma imediatista, intensa, reativa e com muito sofrimento. “Sente tanta raiva que não consegue se controlar, a única coisa que ela deseja é atacar verbal e fisicamente a pessoa, e que somente depois ela é capaz de perceber que a sua ação foi desmedida” (sessão 1 – 07/06/2018).

Dália também demonstrava uma temporalidade ancorada no seu passado, relacionada principalmente a situações de sofrimento da sua história de vida. Seguindo o referido por Binswanger (1961/1973), a imersão na história vital interior, seja por parte da pessoa que está experienciando a dor, seja por parte do clínico, leva ao mais próprio, ao mais singular do

indivíduo, a sua essência, sendo esse o caminho a ser tomado para desenvolver o trabalho da antropologia fenomenológica.

Conta que, aos 16 anos ela foi estuprada, e, na época, não contou a ninguém por medo do que o pai faria com ela. Diz que manteve o abuso sexual que sofreu guardado com ela até que conseguiu contar para o seu atual parceiro. (sessão 2 – 14/06/2018)

Referente ao campo relacional, observa-se como a paciente estava agressivamente reativa em relação aos outros, tendo como fundo afetivo a desconfiança e medo generalizado.

Dália relata que, depois de ela ter sido afastada do trabalho e internada, ficou muito mais impulsiva com as pessoas. Conta que quando tem algum conflito com alguém, ela sente tanta raiva que não consegue se controlar, a única coisa que ela deseja é atacar verbal e fisicamente a pessoa, e que somente depois ela é capaz de perceber que a sua ação foi desmedida. (sessão 1 – 07/06/2018)

Essa reatividade agressiva era fundamentada, por ela, como se fosse a sua percepção hipersensível das reações dos outros à sua presença, chegando ao ponto de vivenciar um estado paranoico.

Sente medo de sair sozinha na rua, já que acredita que pode perder o controle com alguém a qualquer momento. Dália também começou a se sentir perseguida quando está fora de casa, com medo de que alguém possa estar vigiando-a e lhe fazer algo ruim. (sessão 1 – 07/06/2018)

Perante essa situação, Callieri escreve:

Como psiquiatras com a intenção de compreender o paciente, devemos sempre colocar nossa atenção na história da pessoa, ou seja, no mundo de experiências daquela pessoa, onde a existência dela está retorcida e a identidade pessoal do sujeito é modulada. Temos que nos propor, como desafio terapêutico, ajudar esses pacientes na sua abertura ao futuro. (p. 273)

Dália contou diferentes situações em que ela perdeu a relação com alguém próximo em decorrência de fortes discussões ou por uma forte decepção, devido à pessoa a ter traído ou agredido física e verbalmente.

Dália conta que tinha uma relação muito próxima com o seu filho, os dois eram como amigos, ele contava tudo para ela. Mas, um dia, pouco tempo antes da primeira internação de Dália, fizeram um churrasco na casa do filho. Os dois começaram a discutir [...]. Foi, então, que o filho ficou muito agressivo, dizendo que sempre todos tinham que fazer as vontades dela, entre outras coisas [...]. Desde então, eles mal se falam, e o filho nunca foi visitá-la nem mesmo quando Dália esteve internada – situação que a deixa muito triste e com mágoa dele. (sessão 2 – 14/06/2018)

A paciente demonstrava se sentir incompreendida por pessoas próximas e familiares, desde o seu parceiro até seu pai e seus irmãos, e isso gerava fortes sentimentos de tristeza, culpa, medo de abandono e desesperança, por sentir que, mesmo se esforçando, não conseguia melhorar seu estado psicológico.

Refere sentir uma pressão muito forte para mostrar que está bem, ou que está melhorando, principalmente quando está na casa dos sogros. Dália tem que esconder o que ela realmente sente, que é uma profunda tristeza devido a se sentir muito limitada. Conta que toda a sua vida foi assim, que ela sempre escondeu o seu sofrimento dos outros e dela mesma. (sessão 5 – 12/07/2018)

Em relação ao campo transcendental, que se refere às motivações, às formas de se projetar no mundo e ao sentido da vida, Dália deseja se reencontrar com o que ela era no passado. “O que mais Dália desejava era voltar a se sentir capaz de trabalhar e de ficar tranquila em lugares com pessoas” (sessão 1 – 07/06/2018).

Ela passou por momentos em que se sentiu intensamente desacreditada em sua possibilidade de transformação e mudança. Após poucas sessões, o projeto começou a ganhar forma, mas, ao mesmo tempo, colocou a paciente de frente com a sua realidade. Ela se sentia muito limitada, o que a fazia sofrer. “Ela quer melhorar e voltar a trabalhar o quanto antes, mas não consegue sair de casa sozinha” (sessão 4 – 05/07/2018).

Passando para as categorias interpessoais exploradas no tratamento de Dália, começaremos pela relação psicoterápica. No início do processo, senti que ela estava confortável com a minha presença; acredito que a minha postura compreensiva, atenta e comprometida ao que ela trazia, sem querer colocar alguma interpretação ou interrompê-la, fez com que ela se sentisse bem durante os atendimentos.

No fim desta primeira sessão, senti que Dália estava muito mais tranquila e calma: “gostei de você, normalmente, quando conheço alguém e não vou com a cara, já deixo isso claro, mas, com você, me senti à vontade para falar”. (sessão 1 – 07/06/2018)

Outro aspecto que me chamou a atenção, no início do processo, foi ver o quanto a paciente temia perder o tratamento, refletindo um medo profundo de ser abandonada. “Dália refere sentir medo de que nós (o seu psiquiatra e eu) deixemos de acreditar na sua recuperação” (sessão 5 – 12/07/2018).

Em relação a isso, vejo como foi fundamental demonstrar, na minha postura psicoterápica, que sempre acreditei e tive esperança na possibilidade de sua mudança e sua transformação, além de querer demonstrar uma permanência relacional de alguém que a compreende no seu sofrimento. Segundo Callieri (2007), o aspecto *pessoal* centra a esperança no âmbito do afeto, no nível da ulterioridade, isto é, valores interpessoais (amizade, amor e fraternidade). Aqui, a esperança está ancorada em um plano antropológico, da coexistência.

Relata ter sentido vontade de desistir de tudo, mas que a única coisa que a mantém com um pouco de esperança são as relações com o seu psiquiatra e comigo. Diz que entende a sorte que tem por poder estar fazendo os tratamentos. (sessão 8 – 09/08/2018)

Sobre a campo da intuição fenomenológica, tentei me manter sensível em relação àquilo que ela trazia, fazendo algumas intervenções em função da sua história de vida, dos afetos que ela apresentava e de como eu a sentia.

Refere estar se esforçando muito em fazer os tratamentos, tanto da psicoterapia como o psiquiátrico, mas se sente muito limitada e com muitos medos: recorrentes ataques de pânico quando está fora de casa; ausência na rua; acredita estar ouvindo fantasmas (alguém andando no apartamento, batendo nas portas e até puxando o braço dela) sempre quando está sozinha. Durante esses relatos, tenho o cuidado de ouvi-la muito atentamente, fico atento sobre as modulações afetivas e emocionais que ela apresenta, muito mais do que propriamente o conteúdo relatado, dando-lhe acolhimento e aceitando o que ela fala como a sua verdade, explorando os possíveis medos e angústias que estão relacionadas à sua situação de vida. (sessão 6 – 19/07/2018)

Em outros momentos, senti a necessidade de demonstrar para Dália que, agora, ela poderia contar comigo, que não estava mais sozinha no seu sofrimento. Segundo Binswanger (1961/1973), nosso conhecimento intuitivo ou imediato excede, por muito, a função e os limites da percepção sensorial. Existem campos objetivos amplos, inacessíveis à percepção sensorial, dos quais conseguimos desenvolver conhecimento intuitivo.

Sinto que a situação é muito séria que ela está correndo risco de vida, por isso, faço uma intervenção bem mais confrontativa do que a de costume:

Psicólogo: – como teu psicólogo, vejo a quão séria é a situação, enquanto você continuar morando com a família de Miguel, estarei muito preocupado com a tua saúde e até com a tua vida, pois ninguém respeita ou compreende pelo que você está passando lá. Você já me contou por quantas situações difíceis que já teve que passar e sempre conseguiu fazer isso sem depender de homem nenhum. Compreendo que, neste momento, você está mais debilitada, porém essa força é tua e, junto com os tratamentos que estamos fazendo [psicoterapia e psiquiatria], essa Dália vai se reencontrar. Vejo o quanto você se esforça nas sessões, quase nunca você falta e como você está empenhada em trabalhar questões difíceis da tua vida. Vejo todo o empenho e vontade de voltar a trabalhar e se sentir mais segura de si, isso é o mais importante: que você está fazendo o caminho da sua recuperação, demore o tempo que demorar.

Dália: – mas tenho medo de ficar sozinha devido às ausências de consciência.

Psicólogo: – esses medos são compreensivos, mas, agora, você não está mais sozinha, você pode me ligar sempre que precisar. Se eu não atender no momento, voltarei a ligação assim que ficar desocupado. Você tem que relatar essas ausências de consciência ao psiquiatra. Acredito que são devido a uma das medicações que toma. (sessão 10 – 06/08/2018)

Para finalizar esta primeira etapa do tratamento, é importante apresentar as mudanças que foram surgindo durante as sessões. Notei que, à medida que Dália podia expressar seus afetos de raiva e ira durante as sessões, ela acabava por se tranquilizar.

Conta que, quando isso ocorria, ela tinha um desejo intenso de querer matar a pessoa, demonstrando isso no seu comportamento e na expressão tanto afetiva como gestualmente. Mas, à medida que ela foi relatando essas experiências, a intensidade com que ela se expressava foi diminuindo e ela foi se acalmando. (sessão 3 – 21/06/2018)

Um fenômeno constante, durante esse início da psicoterapia, foi observar como a paciente chegava à sessão muito tensa, ansiosa e desesperançada, mas acabava tranquila e contente. “Dália chegou à sessão muito agitada, mas foi se tranquilizando e a agitação mudou para alegria, e terminou a sessão sorrindo. Foi possível notar essa forte mudança emocional algumas vezes durante a sessão” (sessão 3 – 21/06/2018).

Outra mudança que percebi nela foi a melhora de sua autoestima e sua confiança. Nos primeiros atendimentos, ela precisava estar acompanhada de alguém para sair de casa, porém, após poucas sessões, foi ganhando independência e se sentindo mais segura para fazer algumas coisas por conta própria. Para Henry (2009), a psicoterapia só se efetiva no processo de adesão a si mesmo, inscrevendo na sua vida todos os atos de adesão da subjetividade às circunstâncias concretas.

Conta que conseguiu dirigir o carro depois de mais de um ano sem ter coragem de dirigir; diz que não dirigia mais porque se sentia insegura e ansiosa quanto a perder o controle durante a condução e colocar outras pessoas em perigo. Porém, nesta semana, conseguiu levar a sogra para fazer exames, sentiu-se tensa, mas estava feliz de ter voltado a dirigir. (sessão 5 – 12/07/2018)

Também notei mudanças graduais em relação a como paciente ficou cada vez mais carinhosa, com relação a contato físico comigo, numa aproximação afetiva fraternal. “Dália fica bem sensibilizada nesta sessão, porém sai com um ar mais leve e tranquilo, me dá um abraço bem cálido, que eu respondo da mesma maneira, e nos despedimos” (sessão 9 – 16/08/2018).

8.1.1.2 Segundo momento da psicoterapia (11/10/2018 até 21/03/2019)

Em relação ao campo da espacialidade e da corporalidade, notei que Dália foi recuperando a sua autovalorização, cuidando mais de si, estética e fisicamente. Isso teve um efeito muito positivo na sua autoestima, dando a ela confiança para voltar a sair de casa sozinha e elevando a sua sensação de independência. Referente a isso, Binswanger (1954/2013) escreve que o “espaço só pode ser compreendido em meio a um recurso ao mundo e a partir do mundo do ser-no-mundo. . . . Em outras palavras, temos de compreender que o ser-aí mesmo é espacial” (p. 220).

Conta que está dirigindo sozinha, que veio somente ela no seu carro até o IPq (isso é um sucesso para ela), pois há muito tempo não tinha coragem de dirigir sozinha ou de mesmo sair sozinha de casa. Diz que a ansiedade aparece em alguns momentos, mas que numa intensidade que ela consegue controlar. (sessão 18 – 29/11/2018)

Foi muito gratificante notar que a paciente não sentiu mais a necessidade de se automutilar, talvez por ela estar sentindo menor intensidade de angústia e sofrimento afetivo, em função do tratamento psicoterápico. “Ela conta que, nesta semana, pensou que há muito tempo não se corta e que, sobre as ideias de morte, nem se lembra da última vez que apareceram” (sessão 22 – 31/01/2019).

Porém, devido a Dália ter tentado se reintegrar ao seu trabalho precocemente, algumas sensações físicas voltaram, então passamos a olhar com mais cuidado o que estava acontecendo com ela. Nesse sentido, Henry (2009) põe em evidência as condições de potencialização da vida originária, de modo que o poder de modalização das tonalidades afetivas da vida é reportado à essência recortada, nessa trama originária de si com a sua situação.

Dália: – não conseguia me concentrar. Comecei a suar muito, senti meu coração acelerando. Voltou tudo aquilo que eu pensei que já tivesse superado. Mas eu realmente queria voltar a trabalhar. Queria voltar a ter meu trabalho, mas deu tudo errado, tô [*sic*] me sentindo um fracasso total. (sessão 19 – 13/12/2018)

Em relação ao campo da temporalidade, foram observadas mudanças na forma como Dália contava as suas experiências do passado, tendo uma narrativa mais detalhada e relatando afetos e emoções de felicidade em alguns momentos.

Relembrou de sua adolescência e de como a sua mãe era carinhosa e gostava de acolher toda a família, sempre disposta a ajudar quem precisasse, reunindo os familiares. (sessão 17 – 22/11/2018)

Notei como apareciam momentos de gratificação da sua história e como ela passou a expandir essa gratificação para um futuro possível. Dessa forma, a minha leitura é a de que existiram mudanças positivas em relação a uma aproximação harmoniosa de Dália na sua própria biografia, possibilitando a expansão da sua vivência temporal em recordações positivas, tanto do passado como a projeção de um futuro agradável.

Dália também contou sobre quando conheceu Miguel. Na época, ela saia muito, gostava de dançar e se divertir. Sinto como ela está voltando a se lembrar desses momentos, só que de forma mais alegre. Então ela diz “não vejo a hora de me sentir melhor, para voltar a sair e me divertir”. (sessão 17 – 22/11/2018)

A paciente ainda apresentava situações em que a sua temporalidade se via intensamente presentificada, mergulhada em sentimentos de ódio e raiva, lembrando situações do passado que ela tentou esconder de si mesma, mas que eram impossíveis de esquecer.

Dália: – sim, não consigo ver qualquer situação de abuso a uma mulher, isso me deixa doida. Quero matar o cara que está fazendo isso, mesmo que seja na TV, tenho que mudar de canal para não ficar destróçada. Aquele canalha que me estuprou não sabe o mal que me fez e que ainda me faz tudo aquilo [...]

Dália: – eu pensava que as [memórias] tinha trancado e jogado a chave fora, mas, na verdade, elas sempre me acompanham. Somente sou eu que tento fechar os

olhos e ouvidos acreditando que, assim, eu vou esquecer delas. (sessão 22 – 31/01/2019)

No campo relacional, Dália teve pequenas mudanças. Acredito que esse seja um dos aspectos mais sensíveis nela, pois se sentia fortemente agredida pela incompreensão dos outros significativos.

Contou que tinha discutido com o seu namorado na noite anterior e que saiu desesperada da casa dele no meio da madrugada, chegando na casa da amiga às 3 horas da manhã. Referiu estar se sentindo muito frustrada com as pessoas porque ninguém compreendia o que ela estava passando. (dia 28/10/2018 – situação de crise)

Seguindo esse raciocínio, a paciente teve uma forte decepção ao sentir a indiferença do seu ex-chefe, quando ela tentou voltar a se reintegrar ao trabalho. Esse evento, vivido com muito sofrimento e decepção por si mesma, levou-nos a refletir profundamente sobre a sua relação e as suas expectativas com relação a esse ex-chefe, e sobre como ela tem vivido decepções contínuas de pessoas em que confiava durante a sua história de vida.

Conta que tentou voltar ao trabalho e que não tinha me dito nada porque queria me fazer uma grata surpresa. Ela tinha esperança de que iria correr tudo bem, que conseguiria se reinserir e conversar com o seu chefe [...]

Dália: – ele apenas se limitou a falar “que bom que você voltou, tenho um monte de coisas para te passar”. Eu acreditava que ele tinha algo de consideração por mim, depois de ter ficado um ano afastada, ele nem se importou comigo. Isso foi devastador para mim, comecei a me sentir cada vez pior no escritório. (sessão 19 – 13/12/2018)

Trabalhamos bastante os sentimentos que surgiram junto dos momentos em que existia uma tensão relacional, principalmente com as pessoas que Dália considerava próximas. Afetos de medo, abandono e desesperança voltaram a aparecer conectados a essas relações. Mas as situações que ocorreram fizeram com que esses tipos de afetos se tornassem justificáveis.

Chegou à sessão visivelmente ansiosa, mais do que tem sido de costume nos últimos meses. Dália conta que tem se sentido com muito medo, principalmente porque o seu pai será operado, devido ao câncer de próstata, na próxima semana. Vemos como o medo está relacionado com a ideia de morte do pai. (sessão 25 – 21/03/2019)

Porém, a paciente me surpreendeu positivamente, apresentando recursos afetivos e independência relacional, para processar esse momento de frustração, dando-se o devido respeito sobre as frequentes situações de agressões relacionais que sofria na casa dos sogros.

Chegou à sessão bastante sorridente, contando que o seu namorado veio buscá-la, que havia pedido desculpas e que a levou de volta para a casa dele. [...] Sentiu-se muito feliz por ter conseguido se valorizar sem ter tido medo de ficar sozinha, mesmo passando pela fase em que está. Mas contou estar muito feliz de não ter perdido o seu namorado: “o homem quem mais ameí na vida”. (sessão 22 – 31/01/2019)

Também contou que a situação com a sogra continua a mesma, mas que não liga mais para os ataques dela, alegando que a ignora e que tenta não se encontrar com ela. (sessão 23 – 28/02/2019)

Nesse sentido, mesmo parecendo que houve poucas mudanças na forma como Dália se afetava no campo relacional, acredito que essas pequenas mudanças foram bastante profundas e positivas. Penso que as situações que ela teve que passar, durante esses meses, não só justificam as dificuldades relacionais que apareceram, mas, sobretudo, demonstram mudanças significativamente positivas na forma como ela conseguiu encarar situações difíceis no seu dia a dia.

Em relação ao campo transcendental, a paciente demonstrou mudanças significativas, apresentando novos projetos futuros que poderiam ser alcançados a curto prazo. Esses projetos foram experienciados com afetos de felicidade e esperança. “Sinto como ela está mais feliz, embora demonstre bastante ansiedade, mas, ao mesmo tempo, esperança pelo futuro próximo, falando em projetos novos, como voltar a estudar, fazer academia, começar a sair mais” (sessão 17 – 22/11/2018). Segundo explica Callieri (2007, p. 226), “a esperança se coloca em seguida, como *memória do futuro*, como um contínuo *em si em perspectiva* de acontecimentos. . . . torna-se a experiência da capacidade para ir além do passado e do presente, abordando um futuro significativo”.

Nos meses seguintes, houve uma nova decepção relacional, pois Dália teve que reformular o seu principal projeto de vida, sem perder as esperanças em relação ao futuro.

Logo, começamos a explorar o seu futuro longe dessa empresa e longe desse chefe, porque, até então, ela não enxergava essa possibilidade. Isso fez ela se animar e começar a pensar em diferentes projetos, como abrir um *food truck*, já que adorava cozinhar e atender as pessoas. (sessão 24 – 06/03/2018)

Sobre os campos interpessoais, começando pelos aspectos da relação psicoterápica, pude notar que, devido à relação estar bem estabelecida, a paciente se permitiu narrar, com muitos mais detalhes, as situações de maior sofrimento de sua história de vida. Penso que esse tipo de acontecimento fez com que os afetos e as emoções que se encontrassem junto dessas memórias processadas, promovendo uma transformação profunda na forma como essas experiências a afetavam no presente.

Dália: – não contei para ninguém da minha família ou amigas porque eu sabia que se meu pai ou meu irmão ficassem sabendo, eles iriam matar o cara, e eu não queria ser a causa deles estragarem a vida. Somente consegui contar a eles sobre o abuso há pouco tempo, logo depois da primeira internação e somente contei por que sabia que o estuprador tinha sido morto alguns anos atrás. Tenho certeza de que esse evento foi a principal causa de eu ter adoecido, junto da exploração que o meu chefe fez durante vários anos trabalhando na empresa dele. (sessão 13 – 11/10/2018)

Outro aspecto que surgiu durante as sessões foram situações em que acabamos rindo do sucedido, podendo ser tanto memórias do passado como situações do presente. Percebi como esse elemento de satirizar as situações tinha um impacto muito positivo em Dália, que demonstrou capacidade para processar os afetos negativos que, no passado, surgiram em consequência dessas experiências. “Terminamos a sessão rindo dessas situações e com um forte abraço” (sessão 15 – 25/10/2018).

Houve uma situação em que a paciente passou por uma crise. Felizmente, pude ajudá-la por telefone – o importante é que ela teve a confiança relacional em recorrer a mim. Binswanger (1961/1973) explica que a condição da relação psicoterapêutica só pode surgir em conjunto de mais um aspecto, no qual o clínico deve conseguir retribuir a confiança do paciente e lhe oferecer, por sua vez, a confiança humana, para que se produza uma intervenção de sucesso. O paciente deve ter conhecimento de que o clínico quer o seu bem, que não deseja consertá-lo como um objeto, por meio de seu saber e suas faculdades, senão que deseja ajudá-lo como pessoa, com a sua confiança e a sua atenção.

Esse momento de crise de Dália teve um impacto significativamente positivo no processo psicoterápico.

Dália: – só quero um abraço e um pouco de carinho. Sempre ajudei todo mundo que pude e, agora que eu preciso, as pessoas viram as costas... Me desculpe por estar te incomodando num domingo, sinto vergonha por isso.

Psicólogo: – fico feliz de você ter me procurado, eu estou aqui disponível para quando você se sentir mal. Não fui eu quem te disse para me ligar sempre que fosse necessário, não importando a hora ou o dia?

Dália: – verdade. (situação de crise – 28/10/2018)

Com relação ao campo da intuição fenomenológica, senti a necessidade de trabalhar o que a fazia continuar na casa da sogra, sendo que ela tinha a possibilidade de se mudar para o apartamento do irmão no centro. Conseguimos refletir sobre alguns medos que ela carregava, mesmo assim, ela decidiu não se mudar, porém estabelecendo algumas mudanças.

Psicólogo: – mal consigo imaginar o [quão] difícil deve estar sendo para você este momento, mas eu tenho certeza de que você está melhorando com o tratamento, porém o ambiente na casa do seu namorado está te fazendo muito mal. Dália: – é verdade, não posso continuar mais naquela condição. Aquela velha está infernizando minha vida e a do Miguel também. (28/10/2018 – situação de crise)

Na sessão 19, a paciente tinha acabado de passar por uma situação de grande decepção, então senti a necessidade de demonstrar o seu valor humano, a esperança e a força que ela demonstrava ter nos nossos encontros. Isso foi determinante para que Dália chegasse à conclusão de que os seus projetos de futuro tinham que mudar.

Digo a Dália que o que deve ter acontecido foi que ela voltou ao lugar onde ela sofreu muita exploração por parte desse chefe, e que ele continua sendo a mesma pessoa fria e indiferente. Então, Dália começa a relembrar como era ela quem se preocupava quando outros funcionários eram afastados por problemas de saúde e como ela falava com o chefe para que ele ajudasse. [...]

Senti que era importante resgatar a esperança que ela tinha depositado na sua reintegração laboral, então lhe disse que essa situação foi importante para ela perceber que o futuro dela estava em outro lugar, fora dessa empresa, que essa força e esperança que ela depositara vinha dela, e que, mesmo tendo passado por essa frustração, uma vez que nós trabalhássemos sobre o que ela sentiu nesses dias, eu tinha certeza de que sua esperança iria voltar. (sessão 19 – 13/12/2018)

Em certo momento, senti a necessidade de ser mais confrontativo em relação ao tipo de vida que a paciente tinha antes de ser afastada do seu trabalho, pois ela estava sempre em alguma atividade como forma de se afastar de estar em contato com o seu campo afetivo. Isso devido a ela carregar muitas experiências com muito sofrimento e não se sentir capaz de encará-las. Segundo Callieri (2007), na clínica da interpessoalidade, deve-se impor uma linguagem flexível, que possa ser modulada em experiências baseadas na intuição empática.

Psicólogo: – penso que o abuso laboral que o teu chefe fazia com você, de te sobrecarregar de trabalho e não te deixar tirar férias por 3 anos, foi o que te fez quebrar fisicamente.

Dália: – foram 5 anos sem férias, e ele sempre depositava muita pressão e responsabilidade em mim. Eu carreguei muita coisa da empresa dele, ajudei muito com que ela crescesse. Quando comecei na empresa, eram 28 empregados e, quando me afastei, eram mais de 60. Me dói muito a sua indiferença, pois eu realmente acreditava que ele tinha algum tipo de consideração por mim.

Psicólogo: – o lado humano que você via nele está em você. Isso está em você: acreditar nas pessoas e cuidar delas.

Dália: – verdade. Nunca desejei mal a ninguém, pelo contrário, sempre estava bem disposta e ajudava todos que podia.

Psicólogo: – veja se o que vou dizer faz sentido: penso que você também se colocou nessa situação porque, além de gostar de desafios, o fato de estar sempre com muitas tarefas, estar sempre muito ocupada, e, nos fins de semana, você sempre aproveitar ao máximo saindo e viajando, pode estar ligado a uma forma de você se afastar do seu mundo afetivo e de recordações e sofrimento que estão acorrentados nesses afetos.

Dália: – sim, faz todo o sentido [pausa de reflexão]. Mas chegou uma hora que eu explodi e fiquei totalmente destruída [pausa de reflexão]. Agora começo a entender como é importante eu voltar nessas memórias, para poder curar o sofrimento que elas ainda me trazem. (sessão 24 – 06/03/2019)

Em relação às mudanças que ocorreram durante esta segunda etapa do processo psicoterápico, observei como Dália deixou de se automutilar, além de não narrar mais ideações suicidas, como fazia anteriormente no início da terapia.

Dália reconhece estar se sentindo melhor, pois não tem mais vontade de se cortar e as ideias de se matar têm aparecido cada vez menos e em menor intensidade, porém refere se sentir cansada de lutar todos os dias contra a “doença mental” que tem. Enfatizo que consigo sentir o quanto ela tem melhorado no pouco tempo em que estamos juntos. (sessão 14 – 18/10/2018)

Outra mudança positiva que observei foi como Dália estava tendo uma oscilação emocional de menor intensidade durante a sessão, pois seu estado afetivo tendia a ficar cada vez mais positivo ao decorrer da sessão. Referente a esse ponto da terapia, Henry escreve:

O sofrimento pode transformar-se em alegria, isso porque toda a forma de sofrimento é possível – o sofrer primitivo, no qual a vida se padece e se suporta a si mesma, na sua passividade radical de si mesma –, é isso mesmo o que se ampara de si e se prova e frui de si na fruição desse fruir (2014a, p. 41).

Ao mesmo tempo, Dália começou a se cuidar mais, tanto na sua estética quanto no seu físico, demonstrando estar com mais confiança em si mesma.

Sinto que ela está desanimada, porém mais tranquila no âmbito emocional, sem ter apresentado fortes oscilações de humor durante a sessão. Ela também está se cuidando mais, vestindo-se de forma mais feminina e cuidando do cabelo, então pontuo isso com ela. Sobre o aspecto interpessoal, sinto que ela está muito confortável de falar comigo, pois, ao encerrar a sessão, percebo ela sorrindo. (sessão 20 – 10/01/2019)

8.1.1.3 Terceiro momento da psicoterapia (26/04/2019 até 30/05/2019)

Chegando à etapa final da análise do primeiro ano do processo psicoterápico de Dália, foi possível observar que ela teve melhoras significativas em todos os campos categoriais da consciência. Mesmo tendo momentos de dificuldade, principalmente devido a situações complicadas que ela teve que passar nesse período, as mudanças e as transformações, que pude constatar, acabaram sendo significativamente positivas.

Começando pelo campo espacial/corporal, observamos que Dália teve uma forte “recaída”, devido a ter sofrido um grave acidente no qual quebrou o braço, o que a deixou ainda mais dependente de outras pessoas do que antes.

Ela responde que sente que perdeu a confiança que tinha adquirido sobre o seu corpo. Sente-se muito triste e frustrada por conta disso, porém relata estar bem melhor do que estava nas duas últimas semanas. (sessão 26 – 04/04/2019)

Refere que cada vez que sai de casa, começa a sentir dor no estômago e tem que ir rapidamente no primeiro banheiro que ela encontrar. (sessão 28 – 18/04/2019)

Porém, uma vez que ela finalmente mudou da casa dos sogros, começou a se sentir mais confortável no novo espaço, conseguindo finalmente descansar e, por consequência, melhorar o seu estado afetivo e a confiança no seu corpo. Referente a isso, Henry (2014a) escreve sobre a importância daquilo que é o mais concreto da vida, o próprio corpo, o sentir da carne que faz de nós vivos uma contínua transformação, pelo fruir desse corpo que nunca deixa de sentir.

Diz estar se sentindo cada vez melhor; aos poucos está saindo mais de casa sozinha, embora ainda tenha medo de sair à rua, ela está ganhando confiança:

“conversando comigo mesma, falando para mim que está tudo bem com o meu estômago, que o mal-estar é da minha cabeça. Vou dizendo isso e consigo controlar”.

Conta que se sente muito tranquila e bem no apartamento e que o namorado vem quando pode, que às vezes chega bem cedo e a trata muito bem: “me dei o valor de não procurá-lo, pois ele tinha me mandado embora, e estou feliz por ele ter vindo, por querer voltar a ficar comigo. Aqui consigo ficar em paz e sei que vou melhorar”. (sessão 32 – 23/05/2019)

Em relação ao campo da temporalidade, a paciente demonstrou estar muito preocupada com problemas e situações ligadas ao presente, mas, principalmente, com situações ligadas ao futuro imediato da saúde do seu pai. Callieri (2007) escreve que o desespero é, em certo sentido, a consciência do tempo fechado, isto é, do tempo como prisão, incapacitante. Já a esperança, em vez disso, aparece filtrada através do tempo. Tudo, então, acontece como se o tempo, em vez de fechar a consciência, soltasse algo por si mesmo. Nesse sentido, Dália estava conseguindo manter uma esperança na vida, porém esse sentimento sofreu um forte abalo devido à possibilidade de finitude do seu pai. “Sinto que, de algumas sessões até esta data, Dália tem se mostrado muito presa nos problemas do presente em relação a sua família, o que a deixa muito ansiosa devido à incerteza do que irá acontecer” (sessão 27 – 11/04/2019).

Já no campo relacional, ela apresentou momentos de dificuldade e sentimentos de medo ligados a uma nova limitação física, decorrente de um acidente no braço. Mas esse medo estava inflamado devido a ela se sentir responsável pelos cuidados ao seu pai.

Chegou à sessão com o braço direito engessado e com uma expressão muito triste e desanimada. Conta que sofreu um acidente e que quebrou o braço [...] Mas a sua preocupação principal é com o seu pai, que será operado logo. Dália diz “agora quem vai cuidar dele? Tinha que acontecer isso bem agora?! Está acontecendo uma coisa ruim atrás da outra, tá [*sic*] vindo tudo junto. Mas não tenho nada a fazer além de aguentar”. (sessão 29 – 25/04/2019)

Por outro lado, ela voltou a sentir muito medo de sair de casa sozinha, de passar vergonha devido a se sentir mal do estômago e virar chacota para quem estivesse por perto. Então, passamos a trabalhar esse medo. “Trabalhamos sobre isso, como a situação que ela receava era de se sentir exposta e virar risada das pessoas, se sentir humilhada. Observamos que o olhar do outro acaba sendo algo muito agressivo” (sessão 31 – 09/05/2019).

Na sessão seguinte, Dália referiu que estava conseguindo sair de casa sozinha e que estava superando esse medo aos poucos. Observei que ela não voltou a demonstrar sentimentos de ódio e raiva intensos perante outras pessoas, como também não se viu envolvida em situações de conflito ou discussão. Parecia estar mais tranquila e menos desconfiada com as novas pessoas que conheceu, mesmo sendo numa situação de muita vulnerabilidade e dependência.

“Disse que a trataram muito bem no hospital, que gostou muito do médico e da equipe toda de atendimento” (sessão 32 – 23/05/2019).

Em relação ao campo transcendental, Dália apresentou preocupação pelo futuro próximo, uma vez que a sua rotina mudou bastante – primeiramente por ter quebrado o braço, e, em segundo lugar, por ter se mudado para o apartamento no centro da cidade. Mas, mesmo com as dificuldades, ela demonstra ter esperança pelo futuro.

A sessão, então, passou a focar no que vai ser da sua vida agora com o braço direito tão limitado, sobre o impacto que isso vai ter na vida dela nos próximos meses. Porém, à medida que a sessão foi passando, Dália mudou o seu estado afetivo, demonstrando estar mais tranquila e mais positiva para encarar o seu futuro. (sessão 29 – 25/04/2019)

No campo interpessoal, começando pela relação psicoterápica, houve uma confiança forte e bem estabelecida, pois a paciente demonstrou a sua gratidão pelo acompanhamento realizado. “Ao fim da sessão, Dália estava mais tranquila, agradeceu muito por eu estar acompanhando-a mesmo com as suas faltas” (sessão 26 – 04/04/2019). Nesse sentido, Binswanger marca a perspectiva antropológica sobre como a relação psicoterápica profunda pode ser alcançada na sua essência, referindo que “o amor e a amizade são uma relação originária primária, isto é, uma relação originária primária antropológica que não pode ser derivada mais longe” (1959, p. 139-140).

No campo da intuição fenomenológica, senti a necessidade de dar um acolhimento compreensivo diante das situações difíceis que Dália estava passando, pois ela expressou emoções importantes durante as sessões. De acordo com Callieri (2007), o desenvolvimento da capacidade dialógica possibilita abrir caminho para as dimensões transcendentais da experiência humana, deixando a repetição na qual a pessoa se encontra.

Sinto a necessidade de lhe devolver uma visão compreensiva sobre o que estava acontecendo com ela. Então, trabalhamos em cima dos acontecimentos dos últimos meses e em como esse acumular de situações agravou a sua condição, emergindo essa sensação de insegurança nela. (sessão 30 – 02/05/2019)

Em relação ao campo de mudanças durante as sessões, a psicoterapia teve um efeito potente de tranquilizar e de recuperar a esperança pelo futuro em Dália. Ela também demonstrou mudanças em relação ao seu campo afetivo, saindo das sessões visivelmente mais alegre. Segundo Henry (2014a), o corpo mantém, a todo momento, um campo interpessoal para se relacionar com o mundo, colocando na origem um sujeito que é um corpo *encarnado*.

Chegou à sessão visivelmente ansiosa, contando que a sensação de medo de sair de casa tem se agravado muito. [...] No fim da sessão, sinto que ela aparenta estar um pouco mais tranquila e combinamos de nos ver na sexta-feira da semana seguinte, após a consulta com o seu novo psiquiatra. (sessão 30 – 02/05/2019)

Vejo como ela está voltando a ganhar confiança em si mesma e a ter esperança no futuro; sinto ela tranquila e alegre. (sessão 32 – 23/05/2019).

Para finalizar, constatou-se que ainda há muito trabalho a ser feito, então a psicoterapia com Dália continuará pelo tempo estabelecido por ambos.

8.1.2 *Estudo de caso – Gardênia*

Gardênia (nome fictício) tinha 38 anos ao iniciar o tratamento, morava junto com o seu noivo e com a sua filha de 15 anos (que é filha do seu antigo companheiro). Estava afastada do trabalho havia mais de um ano, devido a sua situação psicológica, e realizava tratamento psiquiátrico periódico. Teve uma experiência de tratamento psicológico breve.

8.1.2.1 *Início da psicoterapia de Gardênia (14/06/2018 até 29/10/2018)*

No início da psicoterapia, Gardênia demonstrava estar bastante desconfiada sobre como seria o tratamento clínico. Apresentava mudanças fortes no seu estado afetivo, além de manter as suas temáticas e problemáticas amarradas em situações relacionais do presente. Quando relatou um pouco sobre a sua história de vida, foi bastante confuso e não me deu espaço para questionamento. “Senti que ela estava muito sensível afetivamente, chegou quase a chorar em diferentes momentos da sessão. Rapidamente o seu estado emocional mudou da alegria para um sofrimento intenso, com muita angústia” (sessão 1 – 14/06/2018).

Em relação ao seu campo espacial/corporal, no início do tratamento, Gardênia apresentava muita ansiedade e angústia em transportes públicos, principalmente nos horários de maior trânsito de pessoas. Segundo Binswanger (1961/1973), a principal tarefa da psicopatologia fenomenológica é buscar o conhecimento e a descrição científica dos esboços de mundo dos pacientes com transtorno psíquico, tarefa que necessita da análise da existência para ser cumprida.

Conta que se sente muito angustiada ao entrar em transportes públicos muito cheios quando está sozinha, por isso ela vem acompanhada da filha, que não está nada contente por vir até o IPq. Diz que, nos transportes, se sente sufocada e que começa a passar mal – acredito que seja o início de um ataque de pânico. (sessão 1 – 14/06/2018)

Porém, em poucas sessões, a paciente deixou de sentir essa ansiedade e também não precisou mais sair de casa acompanhada. Além disso, rapidamente, começou a se cuidar mais, do seu visual e do seu corpo, vestindo-se com roupas mais bonitas e começando a fazer

academia. “Conta que está se preocupando mais com a sua aparência, coisa que não acontecia há muitos anos. Voltou a frequentar a academia para fazer exercícios e está fazendo uma reeducação alimentar” (sessão 3 – 05/07/2018).

Acerca do campo da temporalidade, Gardênia demonstrava estar ancorada no presente, pois a maioria das situações e do conteúdo que apresentava nas sessões era sobre problemáticas relacionais do seu cotidiano e sobre perder o controle com pessoas próximas a ela, sendo muito agressiva, sem se importar com as consequências da sua agressividade. Porém, vivia isso com culpa e vergonha, tendo medo de se relacionar com outras pessoas. Nesse sentido, Callieri (2011) refere que o desespero é, em certo sentido, a consciência do tempo fechado, isto é, do tempo como prisão, incapacitante. O estreitamento da categoria temporal, que é própria da desesperação.

Chegou muito sensibilizada, com muita ansiedade e tensa, explicando que tinha perdido a cabeça com a filha e com o marido. Sente vergonha por não ter conseguido controlar a sua agressividade contra eles, por conta disso acha que é um perigo para os outros e culpada pela situação. Refere ter voltado a sentir medo quando sai de casa, acreditando que as pessoas estão olhando e falando mal dela. (sessão 4 – 19/07/2018)

Aparentemente, Gardênia tinha medo e, ao mesmo tempo, vergonha de compartilhar a sua história de vida no início do tratamento. No entanto, também percebi que ela mesmo não tinha certeza das datas em que ocorreram as situações que ela relatava.

Nesta primeira sessão, vejo que ela contou diferentes situações, mas não especificou datas, como as duas internações que teve nem quanto tempo ficou internada. Também não disse a quanto tempo está afastada do trabalho. (sessão 1 – 14/06/2018)

A paciente apresentava muitas dificuldades em narrar a sua história de vida. As poucas vezes em que contou alguma situação do passado foram sobre situações relativamente recentes, dos últimos 5 anos no máximo. Nesse sentido, Binswanger (1924/1971) ressalta que, na visão da antropologia fenomenológica, a importância de enfatizar as características singulares do paciente é ressaltada quando se propõe uma compreensão dinâmica e viva dessa pessoa através da sua biografia.

Mas, depois de pouco mais de um ano vivendo sob a pressão contínua que essa mulher fazia nela, Gardênia acabou tendo um surto nervoso dentro da loja, gritando muito, xingando todos e tirando a própria roupa. Ela refere não se lembrar de quase nada do que aconteceu, só de ter se sentido extremamente cansada e irritada naquele dia, além de estar sempre muito tensa dentro da loja. (sessão 2 – 28/06/2018)

No campo relacional, a paciente apresentava muitos medos e insegurança na sua relação com os outros. Ao mesmo tempo, sentia raiva e ódio das pessoas em geral. Quando estava em

casa, ela agredia verbal e fisicamente o seu noivo e a sua filha. Tudo isso lhe provocava sentimento de culpa e vergonha. “Refere estar com muitas dificuldades de se relacionar com o seu companheiro, tendo ataques de raiva contra ele” (sessão 1 – 14/06/2018).

No início da psicoterapia, Gardênia relatou muitos problemas com diferentes pessoas, desde a sua filha adolescente, o seu noivo até a sua ex-chefe. Ela tinha a impressão de que todas as pessoas, com quem mantinha algum tipo de relação, acabavam magoando-a de alguma forma. Porém, sempre tinha justificativa para esses conflitos.

Referindo que ela tinha uma das melhores médias de vendas de toda a loja. Isso provocou muito ciúmes da sua chefe direta, que infernizava a sua vida para que Gardênia pedisse demissão. Porém, Gardênia a confrontava, o que elevava ainda mais o nível de opressão exercido pela chefe. (sessão 2 – 28/06/2018)

Mas ela tinha duas pessoas em quem podia confiar: o seu psiquiatra no IPq e a sua amiga e líder da igreja que frequentava.

Disse que tem muita espiritualidade, que frequenta igreja evangélica e faz parte das reuniões semanais de forma ativa. Conta que o seu psiquiatra do IPq sempre a motivou a seguir a espiritualidade e que a sua relação com Deus também tem ajudado muito a encarar as situações difíceis que ela tem passado desde a sua primeira internação. (sessão 1 – 14/06/2018)

Como Gardênia sofreu duas grandes decepções de pessoas em que ela confiava, isso aumentou o seu sofrimento psicológico.

Sente que perdeu a esperança em confiar nas pessoas. [...] Para Gardênia, a líder era a sua amiga e, quando ela lhe contou a traição do marido, Gardênia estava esperando compreensão e acolhimento. Como não recebeu, sentiu-se decepcionada com mais uma pessoa em que ela confiava. (sessão 5 – 09/08/2018)

Tudo isso agravou a situação da paciente, fazendo com que sentisse medo de sair de casa e agredir alguma pessoa, principalmente as mulheres.

Contou que tinha parado de ir à academia, pois, na última vez que foi, teve um sentimento repentino de ódio por todas as mulheres que estavam lá e isso a assustou: “foi um sentimento muito ruim contra qualquer mulher, sinto muita raiva das mulheres”. (sessão 5 – 09/08/2018)

Mas, em determinado momento do processo psicoterápico, ao trabalharmos profundamente questões referentes a confiança, respeito de si e todas as emoções e afetos que ela tinha relacionado com as pessoas significativas, houve mudanças significativamente positivas. Henry (2014a) explica que a vida é irrepressível, nas modalidades do sofrer e do fruir, que investimos numa ou outra e operamos a passagem de uma à outra, nessa trama interna em que todas as relações se tecem.

Chegou muito contente por ter voltado a frequentar a academia, sentiu-se acolhida pelo grupo e percebeu que era ela quem pensava mal das outras

mulheres, mas que elas não eram pessoas ruins. Gardênia se sentiu mal, com culpa por ter pensado mal das outras mulheres. (sessão 6 – 30/08/2018)

Em relação ao seu campo transcendental, Gardênia não mencionou nada referente ao seu sentido de vida ou mesmo projetos futuros, por isso não é possível avaliar este aspecto.

Já no campo da interpessoalidade, no começo do tratamento, senti que Gardênia estava bastante desconfiada sobre a relação psicoterápica. As modulações afetivas que ela apresentava mudavam drasticamente; chegava à sessão tensa e fechada, e depois passava para uma tristeza intensa. Mas, com o transcorrer das sessões, isso se transformou, passando de momentos de tristeza intensa para de alegria e tranquilidade.

Acerca da relação psicoterápica, senti que, na primeira sessão, a paciente apresentava desconfiança e desconforto por estar naquela situação comigo. “No começo da sessão sinto Gardênia apreensiva, bastante agitada também” (sessão 1 – 14/06/2018). Mas, logo, isso foi mudando, e, em poucas sessões, já me sentia muito à vontade com ela. Acredito que esse sentimento foi mútuo. “Gardênia disse sentir mais confiança em mim e que está começando a me contar coisas das quais ela se envergonha sobre si mesma” (sessão 4 – 19/07/2018). Referente a esse ponto da terapia, Callieri (2007) escreve:

O entre nós constitui o conceito-chave para a compreensão do *acontecer clínico*, que se realiza em diversos níveis, sendo uma verdadeira categoria primordial da realidade humana. A inter-relação não é uma construção conceitual, mas, sim, *o lugar real, o suporte que sustem o que acontece entre as pessoas*. (p. 142)

Na sétima sessão, observo como Gardênia começa a compreender a psicoterapia, uma vez que ela se permitiu confiar na nossa relação: “vejo como a terapia é um lugar onde posso me expressar livremente, sem medos. Está sendo muito bom para mim ter este momento” (sessão 7 – 13/09/2018).

Mas nem todos os momentos foram tranquilos nesse começo do processo. Houve uma situação na qual me senti muito desrespeitado, devido a uma série de faltas de Gardênia às sessões, sem qualquer tipo de aviso por parte dela. Porém, tive muita paciência e compreensão, o que teve um efeito bastante positivo no andamento da psicoterapia.

Na quinta-feira, dia 25/10, ainda sem Gardênia ter dado sinais de vida, envio a seguinte mensagem: “Olá Gardênia, fiquei preocupado por você não ter aparecido na nossa sessão. Entendo que possam acontecer imprevistos, mas você tem que me avisar quando isso acontecer. Temos que nos comprometer ao horário combinado, se for necessário também podemos mudar para outro horário”. Gardênia respondeu apenas com “fica nesse horário mesmo”.

Acredito que ela não gostou da minha chamada de atenção, porém senti a necessidade de ela saber que fiquei a sua espera, de que fiquei preocupado e de não ter gostado de ela ter me deixado nessa situação. (25/10/2018)

[...] Penso que esse momento foi importante como reforço de que conseguimos desenvolver um forte laço terapêutico, e que ela observou que, mesmo errando,

eu não irei abandoná-la. Também confesso que me senti contente em ver que ela dá valor ao tratamento e que não quer abandoná-lo. (sessão 9 – 29/10/2018)

No campo da intuição fenomenológica, no início da psicoterapia, sentia-me bastante apreensivo em fazer as intervenções, sempre me esforçando para relacionar a história de vida dela (que era quase desconhecida) com a situação que ela estava passando no presente. Foi, então, que, a partir da quarta sessão, comecei a compreender que era necessário explorar com ela o seu campo afetivo, relacionado às pessoas que estavam no centro das suas problemáticas. “Trabalhamos esses medos, percebendo que ela se sentia mal por não conseguir dissimular o que sentia. Tentei deixá-la desabafar, como também refletir sobre os medos e as situações em que isso acontecia” (sessão 4 – 19/07/2018). Ao mesmo tempo, passamos a trabalhar as suas virtudes relacionais, o que teve um efeito muito positivo na sua autovalorização. “Reforcei dizendo que a sua autenticidade não era um defeito, que era, na verdade, uma virtude, mas que ela sofria por se expor demais devido às pessoas usarem isso para machucá-la, como ela mesma havia contado” (sessão 4 – 19/07/2018).

Mas a grande mudança, nesse campo da ação e intervenção, na minha postura como psicólogo, percebi na sétima sessão. Para Binswanger (1961/1973), uma intervenção psicoterapêutica apenas pode ter eficácia se o clínico estiver com o paciente numa verdadeira relação existencial de comunicação e confiança, na qual o paciente entrega a sua confiança e o clínico, no seu ser e na sua ação, sente-se levado pela confiança do paciente. Mas esse acontecimento psicoterápico só pode acontecer quando é contemplada a lei individual do *ser-com-o-outro*. Apenas quando se cumpre essa condição, a psicoterapia pode atuar curativamente no sentido profundo da palavra.

Nesta sessão, sinto-me bastante mais confortável para ter uma postura mais ativa, devido a acreditar que a relação psicoterápica está bem estabelecida. Então, reforço que ela está no caminho certo, falando das coisas que mais doem durante a terapia: “você passou por muito sofrimento e vai aprender a se defender de tudo aquilo que sofreu com a sua ex-chefe. Da próxima vez, você não vai permitir que isso aconteça”. Gardênia chorou bastante após esse diálogo, sinto que são lágrimas de desabafo sobre os abusos que ela passou no seu antigo trabalho. Ao acabar a sessão, ela diz estar se sentindo mais tranquila. (sessão 7 – 13/09/2018)

Percebi que Gardênia não conseguia estar em contato com os seus sentimentos, devido a eles aparecerem sempre encobertos por pressões e deveres, o que lhe causava culpa, vergonha e confusão.

Sinto que, para Gardênia, foi muito significativo ter expressado toda essa mistura de sentimentos que sente pelo noivo. Uma vez que limpamos a pressão da igreja, ela conseguiu refletir e se deixar tocar pelo que sente em relação a toda a situação, de ter sido traída e de estar no processo de perdôá-lo ou não, nas suas próprias condições e formas. (sessão 9 – 29/10/2018)

Acerca das mudanças durante a sessão, como já referido anteriormente, no início, ela tinha mudanças intensas do seu estado afetivo. Porém, essas mudanças começaram a ficar menos intensas e ganharam expressões de afetos positivos. Segundo Henry (2009), o sofrimento não é um afeto causado por um acontecimento estranho a si, mas é esse modo originário de ser, na situação concreta em que a pessoa se encontra.

Sinto que ela chegou à sessão muito brava, mas foi relaxando. Ao decorrer da sessão, ela contava as situações rindo, mas também chorou quando se lembrou que tem que se fortalecer para voltar ao trabalho, reconhecendo que ainda tem muita coisa para contar na terapia. (sessão 7 – 13/09/2018)

Outra mudança significativa foi que Gardênia estava adquirindo confiança em si mesma e ganhou coragem para contar um pouco mais sobre a sua história de vida, embora ainda de maneira muito superficial e sem detalhes. “Sinto Gardênia mais segura de si. Ela disse que não está contando sobre a sua intimidade para as pessoas como fazia antigamente” (sessão 8 – 18/10/2018).

Um ponto a ser resgatado é que a paciente retornou ao seu trabalho, depois de muito tempo afastada.

8.1.2.2. Segundo momento da psicoterapia (27/11/2018 até 14/03/2019)

Em relação ao campo da espacialidade, observei que Gardênia melhorou gradualmente, porém teve algumas situações em que ela se sentiu bastante ansiosa. Numa determinada ocasião, ela teve que ser levada a um pronto socorro por estar com ansiedade e angústia muito elevada. Isso ocorreu devido ao retorno ao ambiente de trabalho, no qual ela havia sofrido muitas agressões no passado: “sentiu-se com muita ansiedade e saiu da loja, porque teve a sensação de que iria desmaiar ou agredir alguém” (sessão 12 – 22/01/2019).

Esse evento teve uma repercussão negativa em Gardênia, que voltou a se sentir insegura no ambiente de trabalho, ressurgindo medos que a acompanham desde a primeira internação.

Depois ela refere ter sentido medo no ambiente de trabalho “começo a achar que está todo mundo reparando em mim, que eles sabem o que eu estou pensando, começo a ficar angustiada e com medo... Não quero voltar a me sentir aprisionada, não quero perder tudo o que tenho conseguido”. (sessão 13 – 30/01/2019)

Essa situação proporcionou a possibilidade de trabalharmos sobre esses medos, dando espaço para explorar os afetos e memórias que surgiam ligadas a esses medos. Para Henry (2014a), o afeto não pode ser visto como efeito de uma causa, pois ele é a matéria

fenomenológica da vida, na qual ele é o corpo vivo e por isso não é possível libertar-se dele. Dessa forma, ao trabalharmos sobre o seu campo puramente afetivo, Gardênia foi se apropriando da confiança em si e, ao mesmo tempo, foi cuidando da sua aparência, sentindo-se mais atraente.

Acerca do campo da temporalidade, Gardênia continuou relatando situações ligadas principalmente ao seu presente, cujas problemáticas apresentadas sempre se davam com outras pessoas no enredo.

Não está tendo paciência com os seus colegas de trabalho, tendo se afastado das brincadeiras infantis que muitos fazem. Também tem se sentido com medo de perder o controle e responder de forma muito agressiva, o que a faz se sentir insegura. Refere que voltou a ter uma discussão com a líder da sua igreja (sessão 15 – 14/02/2019)

Em determinada sessão, ao trabalhar sobre algumas emoções dela, Gardênia contou sobre o que vivenciou durante as suas internações e que tinha medo de repetir o ciclo e voltar a ser internada. Em razão disso, Binswanger (2001) observou que é possível quebrar esse ciclo através da aproximação humana do clínico, resgatando a esfera *espiritual do ser*, a própria essência do indivíduo e, dessa forma, provocar a transformação do sofrimento, através da quebra do isolamento relacional.

Gardênia conta que o medo dela voltar a perder tudo o que ela tem conseguido neste ano vem dela ter sido internada 5 vezes nos últimos anos. Diz que viu paciente morrer por conta de tanta medicação psiquiátrica (o rim deixava de funcionar), outros ficavam cegos ou desenvolviam diabetes. (sessão 13 – 30/01/2019)

É interessante observar que, mesmo ela explorando pouco a sua história de vida durante as sessões, a paciente estava conseguindo manter-se funcional no trabalho e no resto de atividades sociais, como no grupo da igreja e em diferentes situações com outras pessoas. Acredito que o fato de trabalharmos as questões que lhe provocam fortes afetos, desvelando os diferentes sentimentos ligados a essas situações, estava ajudando Gardênia a se sentir mais calma e tranquila. Segundo isso, Callieri (2007) refere que o nosso compromisso clínico deve ser o de compreender empaticamente a palavra que vem até nós durante a sessão clínica. Portanto, devemos acolher plenamente a intenção comunicativa, aberta ou velada, do paciente, intensa em seu contexto polimórfico de vida, que envolve o seu contexto cultural e social, contido no enredo das suas narrativas.

Relativamente ao campo relacional, foram observadas transformações significativamente positivas, tanto na forma como ela se relacionava com as pessoas em geral quanto também no impacto que as pessoas tinham sobre ela. “Disse que as pessoas gostam

muito dela e que se sente muito à vontade com todos e que o almoço passou a ser um momento de muita alegria e descontração” (sessão 10 – 27/11/2018).

No que diz respeito a ambientes com pessoas que mostravam algum tipo de hostilidade, Gardênia desenvolveu formas de não se deixar afetar negativamente, como acontecia no começo do tratamento. Segundo Callieri (2007), é através da comunicação existencial que o paciente poderá desenvolver a capacidade de relacionamento dialógica com o psicoterapeuta e, por consequência, com outras pessoas.

Com o grupo da igreja, ela acredita que amadureceu a ponto de não se importar mais com o que os outros pensam. [...] as questões de intrigas entre as pessoas “são coisas pequenas demais para se preocupar, agora eu tenho que me importar comigo, em continuar estando bem mentalmente, para não voltar a ficar mal da forma que eu já fiquei”. (sessão 10 – 27/11/2018)

Um ponto interessante foi Gardênia ter voltado a acreditar e a confiar nas pessoas, no sentido de começar novas amizades e conseguir desenvolvê-las. “Também contou, com muita alegria, que foi convidada para ir ao casamento de uma colega com quem está se dando muito bem na fábrica, uma gerente de outro departamento” (sessão 11 – 11/12/2018).

A paciente demonstrou estar desenvolvendo maneiras de resolver conflitos relacionais que, antes, teria agido de forma agressiva, o que teria repercutido negativamente no seu campo afetivo e a deixado muito ansiosa, com sentimento de culpa posteriormente.

Referiu que estava conseguindo lidar com as situações de conflito no trabalho de maneira muito tranquila e que não valia a pena entrar em discussões fortes com ninguém. Contou que está aprendendo a ver as limitações nos outros e, dessa maneira, tolera a forma inconveniente de essas pessoas se comportarem. Disse que está conseguindo não se deixar abalar por essas situações, até porque, em comparação ao que ela já passou, isso é muito fácil de lidar. (sessão 17 – 07/03/2019)

Porém, Gardênia continuou apresentando alguns momentos de tensão quando era constantemente apossada por alguém. Nesse ponto, ainda vejo que há bastante trabalho a ser feito na psicoterapia.

Gardênia contou que está muito afetada com uma colega de trabalho que a provoca continuamente. Até então, Gardênia não ligava para ela, mesmo se sentindo incomodada com as suas provocações, não se deixava afetar. Porém, nesta semana, a colega falou mal da filha de Gardênia. Assim, Gardênia ficou muito irritada, disse ter sentido um ódio profundo por essa colega e se sentiu muito mal por saber que tem que se relacionar com ela todos os dias no trabalho [...] para Gardênia, isso é muito difícil – o fato de pensar em ter uma conversa mais séria a deixa muito ansiosa. (sessão 18 – 14/03/2019)

No que se refere ao campo transcendental, a paciente começou a refletir sobre projetos futuros, algo que, até então, não tinha surgido.

Sinto que Gardênia chegou à sessão com uma postura confiante e alegre, dizendo que tem se sentido bem nas últimas semanas. Referiu que, no trabalho, estava tudo indo bem, mas que tem pensado em fazer algumas mudanças na sua vida profissional. Contou que está querendo mudar de emprego, para começar uma história nova, agora que está se sentindo melhor com ela mesma, num lugar onde as pessoas ainda não a conheçam e não a julguem pelo seu passado de internações e surtos, também porque a função que ela está tendo na empresa onde trabalha não a está motivando. (sessão 16 – 28/02/2019)

No que concerne ao campo interpessoal, referente à relação psicoterápica, foi estabelecido um forte vínculo relacional com repercussões muito positivas, principalmente nos momentos em que Gardênia esteve fragilizada afetivamente. “O médico que a atendeu quis interná-la, mas Gardênia se negou, dizendo que tinha seu psiquiatra e seu psicólogo do IPq em caso de emergência e que ela já se sentia melhor, que não era preciso ser internada” (sessão 12 – 22/01/2019).

Já no fortalecimento da confiança na relação psicoterápica e do processo psicoterapêutico em si, a paciente chegou a uma interessante reflexão num diálogo que tivemos na 13ª sessão:

Gardênia: – é a primeira vez que estou fazendo uma psicoterapia e cada vez me sinto melhor. Só remédio não adianta nada, as pessoas morrem de tomar tanto remédio e não melhoram.

Psicólogo: – então é primeira vez que você faz algum tipo de processo psicoterápico?

Gardênia: – teve uma vez que participei numa pesquisa de 15 ou 12 sessões da terapia cognitivo-comportamental de choque.

Psicólogo: – como assim de choque?

Gardênia: – sentia que só me davam porrada, a psicóloga me obrigava a falar de coisas que eu não queria, que eu não me sentia confortável para falar. Depois das sessões, eu cheguei a vomitar de tão mal que me fez, não me deixavam nem vir acompanhada, porque, segundo eles, tinha que desenvolver a minha autonomia. Daí acabei gastando toda a minha grana em táxi porque passava mal (síndrome de pânico) se voltasse de transporte para casa. Não foi um tratamento, foi uma tortura que me fez quase desistir de fazer outro tipo de terapia. Se não fosse o doutor (o seu psiquiatra aqui no IPq), que insistiu que, dessa vez, seria diferente, eu não teria feito nunca mais outra terapia. Ainda bem que ele insistiu. (sessão 13 – 30/01/2019)

Outro ponto fundamental, desenvolvido através da relação terapêutica, foi a esperança que a paciente sentiu em relação a acreditar que poderia melhorar a sua condição psicológica. Para Callieri (2007), a esperança representa uma *determinação fundamental da pessoa*, uma atitude existencial básica e uma característica fundamental da historicidade do ser humano.

Gardênia: – [...] Vejo quanto tem sido bom, para mim, fazer terapia, como tem me ajudado a lidar com as situações do dia a dia, a não perder a esperança porque eu sei que têm pessoas boas que acreditam em mim. Naqueles momentos que eu ficava me sentindo muito mal, lembrava que tinha gente acreditando em mim e isso me ajudava a aguentar o sofrimento.

Psicólogo: – para mim, esse é o ponto essencial do tratamento: você saber que eu tenho esperança que você vai melhorar. Te digo, genuinamente, sempre soube que isso aconteceria.

Gardênia: – lembro quando começamos o tratamento, eu nem saía de casa, somente para vir aqui no IPq e, de vez em quando, no grupo da igreja. Agora, voltei ao trabalho, vou à academia, gosto de fazer uma social [ver a família e amigos] e não perco, por nada, os encontros da igreja. (sessão 16 – 28/02/2019)

No que se refere ao campo das minhas intervenções e à intuição fenomenológica, resgatarei dois momentos muito importantes para o processo da psicoterapia. Em um diálogo, senti que Gardênia precisava ser recordada de quanto ela tinha se fortalecido durante o tempo que estávamos juntos.

Ao relatar a história, Gardênia demonstrou se sentir triste e decepcionada. Digo que só o fato de ela ter aguentado bem os 26 dias no antigo local de trabalho demonstra o quanto ela está melhorando com o tratamento. Falamos sobre como ela foi corajosa e encarou o desafio de voltar a estar no meio de pessoas que lhe fizeram tanto mal. Senti que era importante demonstrar o quanto ela tem se fortalecido e mudado positivamente a forma como se relaciona com as pessoas. Senti a necessidade de lhe dar não só acolhimento, mas de restaurar parte da confiança em si mesma. Ao fim da sessão, sinto Gardênia bem mais tranquila. (sessão 12 – 22/01/2019)

Na sessão 15, senti que era muito importante apontar as mudanças positivas que Gardênia vinha apresentando, sobretudo em situações tensas relacionadas a outras pessoas. Mas também considerei importante fazer uma interpretação ao associar o seu comportamento e estado afetivo em função das várias decepções que ela já teve na sua história de vida. Felizmente, isso teve um impacto significativamente positivo nela. Nesse sentido, Binswanger (1961/1973) refere que o caminho para o *si-mesmo* passa sempre pelo mundo, assim como o caminho para o mundo passa sempre pelo *si-mesmo*. Assim, toda psicoterapia bem entendida é a relação da pessoa consigo mesma e, portanto, com o mundo. É a transformação da inimizade para consigo mesmo em amizade para consigo e com o mundo.

Trabalhamos em como a frustração relacional que ela teve em relação a sua líder do grupo da igreja poderia estar afetando o seu estado anímico e fazendo ela sentir que tinha que se afastar das pessoas. Também digo que vejo como ela está atuando de forma diferente nesse tipo de situação, pois antes Gardênia teria se comportado de maneira muito agressiva, mas agora ela consegue se abster antes de atacar as pessoas. (sessão 15 – 14/02/2019)

Referente às mudanças que se apresentaram durante a sessão, quero ressaltar dois momentos. O primeiro é que foi bastante frequente observar como a paciente chegava às sessões um pouco contrariada ou tensa, mas que, ao decorrer do atendimento, ela ia relaxando, ficando mais contente e rindo das próprias situações que a deixavam afetivamente mal.

Depois desse momento a sessão, passou a ser mais leve, e Gardênia começou a rir da situação vendo o quanto a líder estava sendo ciumenta por ela ter ido para

outro culto sem o seu consentimento. Gardênia disse rindo que “ela está sendo pior do que eu era nos meus momentos de ciúmes loucos! [risos]”. (sessão 14 – 07/02/2019)

Outro ponto interessante foi que, à medida que Gardênia foi se expressando afetivamente, explorando as situações contadas na sessão, sintonizando-se com o campo afetivo que essas situações evocavam, conseguimos avançar na reflexão dos significados que surgiam. Para Henry (2012), o corpo é uma experiência interna transcendental, é um saber imediato de si. Deve-se ver que a experiência imediata do corpo não nos revela nada além dela mesma. Mas é nessa relação com o corpo que podemos nos apropriar ou, melhor dito, *co-apropriar* do sofrimento.

No começo da sessão, senti bastante tédio – penso que Gardênia estava com um modo afetivo muito pesado, repetindo as mesmas questões em relação ao trabalho e ao grupo da igreja sem se colocar afetivamente –, mas, à medida que ela foi abrindo seu estado emocional e fomos refletindo sobre essas emoções, fui me sentindo mais próximo dela e a sessão correu de forma bem dinâmica e profunda no desvelamento de significados. (sessão 13 – 30/01/2019)

8.1.2.3 Terceiro momento da psicoterapia (28/03/2019 até 06/06/2019)

Nesta última parte da análise do processo psicoterápico, no que se refere ao campo da espacialidade, Gardênia demonstrou estar se sentindo cada vez melhor com o seu corpo, além de não ter se queixado mais sobre o olhar agressivo de outras mulheres em relação a sua condição física, como acontecia no começo do tratamento. Segundo Callieri (2007), é no existir através do *estar-no-mundo*, que se move constantemente entre os dois polos de “*ter um corpo*” e “*ser um corpo*”, que chegamos na presença.

Porém, houve uma situação em que Gardênia voltou a se queixar de ter sentido muita angústia e ansiedade. Mas, dessa vez, a causa estava bem identificada, o que proporcionou todo um trabalho terapêutico sobre os significados que surgiam ligados aos afetos junto a esses momentos.

Trabalhamos sobre essas questões e sobre como Gardênia está sempre querendo controlar tudo o que o marido faz ou está fazendo, mas, ao mesmo tempo, ela tem noção de que, se ele quiser trai-la de novo, ele vai trair. Isso gera muita angústia e ansiedade, pois ela não se sente bem o controlando, porém não consegue evitar de fazê-lo. (sessão 22 – 18/04/2019)

No que concerne ao campo temporal, nesta fase do tratamento, Gardênia demonstrou estar expandindo a narrativa da sua história de vida. Finalmente conseguiu contar com mais detalhes situações referentes ao seu passado. Essas memórias estavam carregadas de muito sofrimento físico e emoções de culpa e medo.

Então, Gardênia contou que quando a sua filha nasceu, ela estava passando por uma situação muito complicada economicamente e pediu para a sua irmã mais velha (quem ela chama de tia, pois, pelo que entendi, foi ela quem cuidou de Gardênia durante a sua infância, mas isso não ficou claro) cuidar dela enquanto Gardênia se estabelecia financeiramente. Contudo, a irmã respondeu que se ela cuidasse da sobrinha, a menina ficaria com ela para sempre. Então, Gardênia foi buscar ajuda com outra pessoa, recorrendo a sua ex-sogra, que morava na Bahia, a qual disse que cuidaria da menina até que Gardênia estivesse melhor economicamente. Porém, quando Gardênia pediu a filha de volta, a sogra se recusou a trazê-la para São Paulo. Gardênia diz que foi uma luta contínua até conseguir ter sua filha volta aos seus cuidados. Digo a ela que são compreensíveis suas reações de desconfiança com as pessoas que se aproximam invasivamente de sua família, e que seria importante ela me contar mais sobre as situações difíceis que ela passou em sua vida. (sessão 21 – 11/04/2019)

Porém, esse processo de entrar em contato com as memórias do passado não foi fácil para a paciente. Em alguns momentos, ela nem se quer me respondia quando questionava sobre algum tema difícil, o que me fez pensar que eu deveria parar de insistir em pedir para ela falar sobre essas situações, já que ela estava tendo melhoras significativas no seu campo afetivo. Em relação a isso, Callieri (2007) refere que a experiência do tempo vivido pode estar muito alterada, deixando de fluir de maneira contínua e encontrando-se fragmentada, angustiando o compacto contínuo do vivido. Então, domina uma ambiguidade, que assusta e perturba, e que, às vezes, se projeta no passado, onde a memória parece estranha, surgindo como ressonância individual da solidão emocional em que a pessoa se encontra.

Conta que isso vem desde quando ela sofreu estupro, e que seu atual marido foi quem teve todo o cuidado de fazer da sexualidade algo lindo para ela. Perguntada sobre como foi para ela ter sofrido o abuso, Gardênia seguiu o seu raciocínio e não tocou mais nesse tema. [...]

Sinto que, nesta sessão, Gardênia se abriu um pouco mais para refletir sobre o sofrimento que ela sente em relação à sua sexualidade, que está ligada aos abusos sexuais sofridos no passado e que contaminam o seu estado afetivo diariamente na relação com o seu marido. Porém, ela ainda não foi capaz de me contar o que aconteceu. Começo a acreditar que talvez não seja importante ela ter que narrar o acontecido, para que possa transformar os afetos negativos que evocam essas questões. (sessão 22 – 18/04/2019)

Mais tarde, na sessão 27, Gardênia fez um depoimento marcante sobre o seu passado.

Gardênia: – vou te contar o que aconteceu. Mas, para mim, é muito difícil lembrar das coisas, sinto que fica tudo baralhado na minha cabeça e que tem muitas coisas que não tenho como lembrar, como se tivesse amnésia dessas situações. Eu nunca te contei o que aconteceu? [...] Então, quando tinha uns 6 ou 7 anos, eu morava com a minha avó, como já te contei, eu tinha 12 irmãos, por isso minha avó cuidava de mim. Na casa dela, também moravam dois tios e uma irmã minha, que foi meio que adotada, ela tem um certo retardo cognitivo e epilepsia. [...] . Voltando para o abuso, como disse, tem muitas histórias e tudo fica [em]baralhado. Então, eu tinha uns 6 ou 7 anos quando o meu tio aproveitou de estar sozinho comigo para me colocar no colo dele e ficar esfregando seu pênis entre as minhas coxas. Eu era uma criança, mas sabia que aquilo estava muito

errado, mas tinha muito medo dele porque ele era muito agressivo. Nesse dia, ele tinha batido na minha avó e quebrado uns pratos, não queria que ele voltasse a bater na minha avó. Meu outro tio, que morava lá, era como um pai para mim, me cuidava e sempre foi muito bom comigo, mas ele teve meningite quando criança e não conseguia se movimentar bem, e eu sabia que se eu contasse a ele seria pior, pois meu outro tio iria bater nele por ser muito mais forte. O abuso aconteceu muitas vezes, e a mulher do meu tio abusador sabia, mas também não fez nada [conta chorando]. Guardei isso comigo durante muitos anos. [...]

Gardênia: – sim, e tem muita coisa que é difícil de conseguir falar, porque está confuso na minha cabeça. É como se isso que aconteceu não conseguisse encaixar na minha história de vida, então ficam como peças de um quebra-cabeça que não encaixa e que estão faltando peças. (sessão 27 – 30/05/2019)

Gardênia precisou de quase um ano de psicoterapia para começar a acessar as vivências de extremo sofrimento que sofreu na sua infância. É interessante ver que ela precisou se esforçar muito para conseguir encaixar essas memórias na sua história de vida. Mas esse esforço teve um efeito significativamente positivo no estado afetivo dela. Assim, de acordo com Binswanger (2001):

Ao longo do tratamento, da educação e da comunicação psicoterapêutica, esse *status quo* existencial realoca-se na “corrente”; a memória do passado volta, o futuro é esperado, a vida na corporeidade é reconhecida como o recôndito de toda vida própria, como um *status quo* “artificial” e a isto renunciemos; a expressão corporal é, neste sentido, compreendida e traduzida, e, assim, finalmente, não há mais obstáculos à vida livre na esfera do corpo vivido, ao seu livre curso (p. 161)

Sobre o campo relacional, Gardênia teve melhorias impressionantes em comparação ao começo da psicoterapia. Deixou de se queixar das pessoas em geral, não apresentando mais os medos de perder o controle e ser agressiva com outras pessoas em ambientes públicos. Porém, as queixas se focaram principalmente em seu marido, estando direcionadas no que ela sentia em relação a ele, não mais no comportamento.

Chegando ao fim da sessão, Gardênia contou que, nas últimas semanas, não está conseguindo ter paciência com o seu marido. Referiu que sente muita raiva dele, que essa emoção surge, quase sempre, quando os dois estão compartilhando momentos juntos. Disse que em uma determinada situação, na qual o marido lhe contou algo que ela não gostou, teve um surto de agressividade e deu um chute nele. Relatou isso com muita dor e culpa. (sessão 19 – 28/03/2019)

Essas queixas sobre o marido ganharam reflexões profundas sobre a responsabilidade no que estava sentindo, que levaram a um processo de perdão de si mesma e, assim, os afetos de nojo e raiva que eram direcionados ao marido deixaram de aparecer. Acerca disso, Henry (2014a) mostra a importância da psicoterapia dos afetos – uma terapia que contempla o campo pré-temático e pré-simbólico, e encontra-se no registro do sentir, que se desenvolve no *pathos* de cada encontro terapêutico.

Gardênia chegou à sessão bastante fragilizada, dizendo que se sente muito mal porque não consegue perdoar o seu marido por tê-la traído. Acha que se

precipitou em casar e que sente uma mistura de raiva e nojo do seu marido. Trabalhamos nessas questões e, durante essa exploração, Gardênia referiu sentir responsabilidade sobre a traição dele, já que ela confiava completamente no marido. Disse que nunca questionou sobre o que ele fazia, sentia-se amada e especial, acreditava que o marido só tinha olhos para ela, que só poderia sentir prazer com ela: “fui uma burra por acreditar que era especial”. Conta que, com o seu marido, foi a primeira vez que conseguiu viver a sua sexualidade de forma prazerosa, ele foi o único homem com quem Gardênia se entregou sexualmente. Alega que, mesmo tendo sido casada anteriormente, sempre viveu a sexualidade de forma desagradável, relacionando a sexualidade masculina com algo perverso e asqueroso. (sessão 22 – 18/04/2019)

Entretanto, o momento em que observei que a paciente realmente havia conseguido perdoar o marido foi quando ela contou o quanto tinham se divertido juntos em uma determinada ocasião.

Nesse sentido, ela conta que foi jantar com o seu marido num lugar que tinha pista de dança e se divertiram muito dançando, que há muitos anos ela não se sentia tão bem com ele. Tanto ela como o marido tiveram muita vontade de beber uma cerveja ou uma garrafa de vinho, situação que é proibida pela igreja evangélica, que os dois brincaram em “pecar”, mas que resolveram não beber. Rimos bastante nessa parte da sessão, brincando sobre como a igreja evangélica tende a fazer as pessoas pensarem que tudo é pecado. (sessão 25 – 16/05/2019)

Gardênia demonstrou ter adquirido um profundo amadurecimento na forma como se relacionava com as pessoas no seu dia a dia, e isso ficou bem claro numa das últimas sessões.

[...] então contou que está se sentindo muito mais tranquila e sociável no seu dia a dia. Relatou não ter mais problema em sair de casa e ver as pessoas, cumprimentá-las de forma simpática – até pouco tempo atrás, Gardênia fazia tudo o possível para não ser vista, pois se sentia feia e não tinha vontade de ser simpática com ninguém; agora “não me importo mais com o que eles acham, se estou feia ou não, que se dane!”. (sessão 27 – 30/05/2019)

Em relação ao campo transcendental, a paciente passou a enxergar diferentes possibilidades para o seu futuro, as quais estavam em harmonia com aquilo que ela gosta de fazer, como uma atividade profissional, mas, além disso, se abriu a conhecer ambientes novos com pessoas novas.

Gardênia conta que está pensando bastante sobre o que irá fazer no seu futuro. Disse se sentir tranquila quando pensa nisso, pois sabe que é uma excelente profissional e que está preparada para novos desafios. Quer voltar a trabalhar com roupas, na área de estilo e moda. Porém, refere compreender que o momento econômico do país está bem complicado e que pode ser bem difícil conseguir trabalho. Esse é outro fator que a está segurando no atual emprego. Por outra parte, sente-se muito bem consigo e está, cada vez mais, querendo sair de casa com o marido, para se divertir e conhecer novas pessoas. Diz que tem pensado muito em mudar de igreja, pois quer buscar um ambiente relacional no qual ela possa se sentir bem consigo mesma, sem o peso imposto por esse grupo de que qualquer tipo de situação já é pecado. (sessão 28 – 06/06/2019)

Em relação ao campo da interpessoalidade, na relação psicoterapêutica, senti que, nesta fase final do ano de psicoterapia, chegamos a um ponto de confiança profunda na nossa relação. Para exemplificar esse nível de relação, Callieri (2007) refere que o amor pode ser entendido como uma das chaves para toda antropologia, como verdadeira ciência do ser humano. O amor, como imagem do íntimo *ser-em-relação*, é a esperança universal, acessível a todos e, ainda, a expressão mais individual de ser. Penso que esse ponto foi fundamental para que Gardênia tivesse coragem de acessar as suas vivências de abuso na sua infância.

Gardênia: – vou te contar o que aconteceu. Mas, para mim, é muito difícil lembrar das coisas, sinto que fica tudo baralhado na minha cabeça e que tem muitas coisas que não tenho como lembrar, como se tivesse amnésia dessas situações. Eu nunca te contei o que aconteceu?

Psicólogo: – você já me contou que sofreu abuso sexual, porém nunca me contou como foi essa experiência. Você também me disse para perguntar quando eu quisesse, que você me dava essa liberdade, porém eu cheguei à conclusão de que, na hora certa, você iria falar sobre isso, e tenho certeza de que essa hora chegou hoje.

Gardênia: – sim, agora eu confio muito em você, sei que posso te contar qualquer coisa e você não vai me julgar ou interpretar de forma errada. (sessão 27 – 30/05/2019)

A respeito da intuição fenomenológica, observei que, à medida que fui me sentindo mais confiante, tanto na relação com Gardênia como na compreensão da sua história de vida, as intervenções também foram sendo guiadas por essa compreensão.

Gardênia pergunta se é normal ela sentir tanto desconforto quando alguma pessoa quer invadir a sua privacidade e, principalmente, quando alguém demonstra muito interesse pela sua família. Respondo que, muito provavelmente, a sua reação deve estar ligada a experiências que ela passou na sua história de vida, que ela pode ter sentido que alguém que ela confiava tentou roubar alguém que ela amava. (sessão 21 – 11/04/2019)

Referente a isso, Binswanger (2001) explica que:

Toda a história interior da vida de um ser, pouco importa que ela se desenrole de modo lógico e direto, caprichoso e tortuoso, não representa nada além de *um* tema histórico, tema que, inesgotável em si, “reúne-se” a partir de temas principais diversos e sempre inesgotáveis que eles próprios se edificam a partir de diversos subtemas. Quanto mais o trabalho psicoterapêutico progride, mais a relação temática torna-se um guia e mais se esfumaça o arbitrário da inspiração. (p. 152)

Essa intervenção, anteriormente referida, teve uma repercussão profunda em Gardênia, abrindo um campo de reflexão de significados que vinha da sua história de vida. Anteriormente, vimos que estava relacionado com o fato de ela quase perder o contato com a sua filha, o que a levou a estar sempre desconfiada das pessoas que se aproximavam da sua família.

Numa das últimas sessões analisadas, Gardênia perguntou por que motivo ela tinha dificuldade em conseguir acessar reflexivamente as lembranças dos anos em que ela foi abusada sexualmente na infância.

Psicólogo: – isso provavelmente acontece porque foi a forma que a tua consciência fez para conseguir sobreviver àquela situação. Você teve que afastar as memórias dessas experiências para conseguir continuar vivendo.

Gardênia: – sim, faz todo sentido. É muito difícil falar disso tudo, mas sinto que devo contar a você. Por muito tempo, fiquei me questionando o porquê de eu ter passado por tudo isso. É difícil entender o porquê de tanto sofrimento.

Psicólogo: – vejo como você foi corajosa e forte por ter conseguido viver com tudo isso. Também vejo como o sofrimento faz com que as pessoas desenvolvam uma profundidade de sentido nas suas vidas. Você tem uma espiritualidade muito linda, além de viver com essa vontade de ajudar as pessoas.

Gardênia: – é verdade, conheço pessoas que quase não sofreram na vida e me parecem tão vazias. (sessão 27 – 30/05/2019)

Essa intervenção teve um efeito muito positivo em Gardênia, pois ela mesma começou a enxergar um sentido para todo o sofrimento que passou na sua infância. Dessa maneira, esse sofrimento ganhou uma qualidade de aprendizado sobre a vida. Agora, Gardênia via como aquilo que possibilitou ela de se tornar o que ela era, podendo se ver como uma pessoa boa, que quer ajudar os outros, que tem valores e que acredita que Deus está nas coisas simples da vida. Gardênia estava no processo de aceitar o seu passado, sabendo que esse passado fez dela a pessoa linda que ela agora era.

Sobre os aspectos das mudanças durante a sessão, observei que Gardênia adquiriu a capacidade de acessar o sofrimento e os afetos negativos que surgiam das lembranças do seu passado e, posteriormente, voltava a um estado afetivo positivo. Acredito que essa tenha sido uma das grandes vitórias que conseguimos alcançar no caminho do tratamento psicoterapêutico. Para Henry (2009), é no encontro genuíno e autêntico que se possibilita a transformação do sofrimento do paciente; mesmo imerso na psicopatologia, essa transformação do sofrimento humano é passível. O corpo mantém, a todo momento, um campo interpessoal para se relacionar com o mundo. Certamente, trata-se de pôr na origem um sujeito que é um corpo *encarnado*.

Sinto que, nesta sessão, Gardênia deu um passo importante para trabalhar os traumas decorrentes dos abusos que sofreu na infância. Também sinto que ela é capaz de lidar com o sofrimento e depois voltar a ficar bem afetivamente. Fiquei contente em saber que ela está sentindo com mais confiança em relação ao olhar do outro, a ponto de não se importar com as críticas sobre ela. (sessão 27 – 30/05/2019)

Para finalizar, o tratamento psicoterápico com Gardênia vai continuar, por pelo menos, mais 6 meses, podendo se prolongar caso seja necessário.

8.1.3 Íris

Íris (nome fictício), tinha 24 anos no início do tratamento; sem filhos, é estudante de faculdade pública e não estava trabalhando. Era acompanhada por psiquiatra, porém não mantinha assiduidade no tratamento. Anos atrás, iniciou um tratamento psicoterápico, mas o abandonou em poucas sessões.

8.1.3.1 *Início da psicoterapia de Íris (09/08/2018 até 28/11/2018)*

No início do tratamento, Íris se apresentava tensa durante a sessão, com um olhar intenso e postura firme, queixava-se de ter muitos problemas relacionais com as pessoas próximas dela, o que lhe causava muita culpa, ansiedade e medo de ficar sozinha. Referiu ter ideações suicidas, além de se cortar quando sentia demasiada angústia e sofrimento psíquico, para aliviar a dor. Demonstrava incerteza sobre o curso que está fazendo, sem apresentar projetos futuros.

Referente ao campo da espacialidade e corporalidade, Íris demonstrava sentir muita ansiedade e angústia no seu dia a dia. “Chegou com queixas de que está se sentindo muito ansiosa, pois perdeu o seu alojamento no CRUSP [...]. Isso fez Íris se sentir muito impulsiva, tendo voltado a ter ideação suicida” (sessão 1 – 09/08/2018).

Íris também apresentava necessidade de se cortar quando sentia sofrimento psíquico intenso, comportamento que tinha um efeito de acalmá-la e ajudá-la a suportar o sofrimento. “Ela relatou que, depois da discussão no apartamento, se cortou para suportar a angústia que estava sentindo, principalmente porque acredita que o namorado vai terminar a relação com ela” (sessão 4 – 19/09/2018). Referente ao desespero, Henry (2009) escreve “porque o desespero se processa na vida e a ela diz respeito, o desespero é o sempre do eu e, mais ainda, um desespero de si mesmo do eu” (p. 26).

Outra questão ligada a seu corpo foi a relação com o medicamento psiquiátrico. No começo da psicoterapia, Íris teve alguns momentos de muita ambivalência em relação a tomar a medicação, devido aos efeitos colaterais. Esses efeitos intensificavam os medos que ela carregava, pois sentia que perdia a capacidade de atenção no estágio e a sua libido sexual.

Referiu que a parte boa do medicamento é que não a deixava sentir intensamente as emoções, mas que, por outro lado, ela ficava sonolenta durante o dia todo e, devido a isso, jogou os remédios fora, “tenho que estar bem acordada no estágio, se ficar sonolenta vão me mandar embora”. Íris disse que o remédio risperidona tirava a sua libido sexual, e isso causou uma discussão com o seu namorado. (sessão 8 – 07/11/2018)

Em relação ao campo da temporalidade, no início do tratamento Íris apresentou um direcionamento das suas temáticas focadas nas situações de sofrimento do seu passado. Porém, essas narrativas careciam de manifestações afetivas. A parte afetiva estava direcionada, principalmente, nas situações de problemas relacionais que aconteciam no presente.

Contou que perdeu seu pai quando tinha 10 anos de idade, atropelado por um ônibus. Disse ter ficado muito agressiva com a sua mãe e seus irmãos depois da morte do pai. Sofreu muito *bullying* na escola, mas sua mãe não fazia nada para defendê-la. Tem três irmãos bastante mais velhos, com quem tem pouco contato, referindo que sempre se sentiu sozinha durante a infância. (sessão 1 – 09/08/2018)

Porém, a partir da sexta sessão, a paciente passou a relacionar comportamentos dela que podiam ter sido adquiridos da maneira que sua mãe lhe demonstrava afetos durante a sua infância. Essas reflexões a ajudaram a começar a se projetar para o futuro.

Ela sente que seus ciúmes são doentios e começou a lembrar de como a sua mãe sempre foi muito ciumenta com relação a deixá-la brincar com as suas primas ou com os gatos. Ela começa a rir ao perceber que sua mãe é uma pessoa extremamente ciumenta. Íris sente que essa era a forma de receber carinho da mãe, através do ciúme, sendo que ela também acaba fazendo a mesma coisa. (sessão 6 – 24/10/2018)

Nessas primeiras reflexões sobre o seu futuro, Íris apresentava muitos medos e inseguranças no que iria acontecer nos projetos que iniciou durante o ano.

Íris contou que está sentindo muito medo e que quer saber como lidar com isso, pois fica projetando um futuro negativo para as novas situações que ela está vivendo, sendo que essas novas situações são boas para ela: começou um estágio bem remunerado, mudou para um pequeno apartamento para morar sozinha e está num momento bom com o namorado. (sessão 7 – 31/10/2018)

Logo Íris começou a narrar outras situações do seu passado, relacionadas a mágoas com alguns familiares. Em um dos casos, a situação vivida era muito séria, já que envolvia abuso sexual. Aos poucos, ela começou a manifestar o seu campo afetivo, ligado às memórias da sua história de vida. Segundo Binswanger (1961/1973), como clínicos, temos que ter o discernimento de que estamos na presença não de alguém com uma perda nem uma diminuição, mas de uma pessoa com uma diversidade qualitativa, com uma maneira de ser de outro modo, o que nos possibilitando a apreciar a psicopatologia tanto como um desvio do normal quanto, sobretudo, como uma forma de adaptação singular com o ambiente e com experiências extremas.

Íris começou a contar sobre os abusos que sofreu no passado, que, aos 6 anos, o seu irmão, que, na época, tinha uns 14, a tocava e sempre demonstrou um desejo sexual por ela; por isso, ela manteve distância dele, mas nunca contou a ninguém da família, por medo. (sessão 8 – 07/11/2018)

Íris conseguiu refletir sobre as mágoas que ainda tinha de uma das suas irmãs, porém essas mágoas foram se desvanecendo à medida que ela foi assumindo-as. Também me chamou a atenção que ela conseguiu observar algo de positivo no que ocorreu por consequência a uma situação muito negativa.

Hoje, pela primeira vez, Íris disse os nomes das suas irmãs. Contou ter gostado de ter ficado duas semanas na casa da irmã, que reativou uma relação que ficou distante desde os seus 12 anos, quando essa irmã saiu de casa logo depois da morte do seu pai. Íris se sentiu abandonada por essa irmã e, desde então, guardava mágoas dela, porém esse sentimento se transformou nessas semanas. (sessão 8 – 07/11/2018)

Outro aspecto importante a ser ressaltado, em relação à temporalidade da consciência, é que Íris apresentava momentos de uma intensa presentificação, decorrentes de situações em que ela perdia o controle dos seus atos, sem se importar com as consequências futuras sobre o ocorrido. Callieri (2011) diz que o desespero é, em certo sentido, a consciência do tempo fechado, isto é, do tempo como prisão, incapacitante; o estreitamento da categoria temporal, que é própria da desesperação.

Íris referiu sentir que, em alguns momentos, tem “surto maníacos”, ela mesma usa essa expressão. Pergunto a ela o que seria isso.

Íris: – é quando sinto tudo de forma muito intensa e ataco de forma muito agressiva. Não passa pela minha cabeça me conter, por conta disso, tenho perdido muitas relações porque sempre, em algum momento, as pessoas acabam fazendo algo e eu não deixo passar. Acho que só o remédio psiquiátrico pode me ajudar com isso. (sessão 9 – 21/11/2018)

Referente ao campo relacional, a paciente apresentava muitas dificuldades em conseguir manter relações próximas, tanto de amizade como de relacionamento amoroso. No começo do tratamento, ela teve várias situações de brigas e fortes discussões com pessoas próximas a ela.

Íris mandou mensagens pela manhã, dizendo que teve uma crise, que brigou feio com o pessoal da república onde ela mora. [...] Íris conta que se sentiu agredida pela forma como os três colegas de apartamento (um menino e duas meninas) a abordaram para falar a respeito dela estar sempre levando o namorado nos fins de semana. Nisso ela jogou o prato (do jantar dela) no chão e começou a agredir verbalmente todos eles, mas sobretudo a sua colega de quarto, pois ela entendeu que essa menina estava fofocando coisas dela para os outros. Íris chegou a ameaçar de morte essa garota, então a colega de quarto chamou a polícia. (sessão 4 – 19/09/2018)

Íris experiencia a relação com os outros numa mistura intensa de diferentes afetos. Sentimentos de carência e vulnerabilidade se transformam rapidamente em raiva e ódio, quando se sente minimamente agredida pelas pessoas. Isso a leva a ter reações agressivas, com palavras e, algumas vezes, com agressões físicas. Logo depois, ela sente muita culpa devido ao seu comportamento, porém as pessoas acabam se afastando dela.

Relatou já ter feito um estágio há um tempo, em que acabou discutindo feio com a sua supervisora, pois a supervisora tratava todos muito mal, mas teve um dia em que Íris não se calou e a atacou de volta. [...] Novamente, ela sente muita culpa por causa dessa impulsividade que não consegue controlar. (sessão 3 – 12/09/2018)

Devido a sua carência afetiva, que era sentida com uma desvalorização e depreciação de si, impulsionadas pelo sentimento de culpa, Íris referiu ter tido uma relação abusiva no passado.

Relata que, aos 18 anos, entrou em outro curso, em uma universidade federal no interior de São Paulo, quando teve também uma relação abusiva na qual o companheiro era viciado em cocaína e que, antes de conhecê-la, já era viciado em morfina e heroína. Íris contou que usava muita maconha na época, que o companheiro abusou dela sexualmente reiteradas vezes, mas nunca chegou a penetrá-la, pois ficava brocha (ela pensa que pelo uso excessivo de cocaína). Nesse mesmo período, ela teve relações sexuais com outros homens de forma esporádica, “fazia isso [compulsão sexual] como uma forma desesperada de me sentir desejada e querida”. (sessão 1 – 09/08/2018)

Já na forma de experienciar as relações, no início do tratamento, constantemente ela sentia medo de ser abandonada. Esse medo se intensificava pela imagem desvalorizada que tinha de si, reagindo com intensos ciúmes do seu namorado, repercutindo em comportamentos agressivos e culminando em brigas frequentes entre os dois. Segundo Binswanger (1961/1973), o transtorno psíquico pode ser reconhecível na transformação do *ser-no-mundo* como tal. Então, evidencia-se o *sintoma* como expressão de uma extensa modificação anímica, modificação da totalidade da forma de existência ou da totalidade do estilo de vida.

Íris se sente com muita culpa por não conseguir se controlar. Contou sobre um episódio em que ela estourou de raiva, disse que iria matar uma amiga do namorado, pois leu o Whatsapp dele (escondida), ao ver o histórico de conversas de quando eles estavam iniciando o relacionamento, e viu que ele estava flertando com essa amiga. (sessão 2 – 23/08/2018)

Porém, ao decorrer das sessões, Íris começou a apresentar transformações sobre sua impulsividade e sua agressividade, em relação a esses ciúmes do namorado. “Íris relatou questões de ciúme do namorado, mas que, dessa vez, ela conseguiu se conter e não provocar uma discussão” (sessão 9 – 21/11/2018).

À medida que Íris foi se apropriando das suas qualidades positivas, ela conseguiu comunicar a sua vontade em certos pontos da relação com o seu namorado, afastando o medo de ser abandonada.

Em relação às relações sexuais com o seu namorado, ela está conseguindo conversar com ele um pouco mais sobre como ela se sente, e não ficar somente no sadomasoquismo. O namorado se mostrou compreensivo e apoia que ela volte a tomar a medicação psiquiátrica. (sessão 9 – 21/11/2018)

De acordo com Henry (2014), a linguagem é um revelador, é uma manifestação de si para alguém. Revela parte do sofrimento. Já o sofrimento,

para aquele que sofre, nada pode atacar seu sofrimento. O sofrimento não tem portas nem janelas, nenhum espaço fora dele ou nele oferecido à sua fuga. [...] Sem escapatória possível. Entre o sofrimento e o sofrimento não há nada. Para aquele que sofre, enquanto sofre, o tempo não existe (Henry, 2014, p. 88).

A respeito do campo transcendental, no começo da psicoterapia, a paciente demonstrava ter pouco interesse nos seus projetos futuros, tendo dificuldades de se apropriar de suas escolhas e seus projetos de vida. Por outra parte, Íris demonstrava ter uma relação íntima com um pensamento místico e espiritual, explorando artisticamente essa sensibilidade.

Porém, ao decorrer das sessões, Íris foi se apropriando das suas escolhas e projetos, assumindo as dificuldades em aceitar que não pode continuar escapando das suas responsabilidades.

Então, ela contou de como sente difícil ser adulta, que, até então, ela sempre fugiu disso. [...] Diz que quer terminar essa graduação, que é a terceira que ela começa e que está na hora de encarar a vida adulta. (sessão 6 – 24/10/2018)

No campo da interpessoalidade, referente à relação terapêutica, no início do tratamento, senti que Íris se expressava muita cautela ao demonstrar os seus afetos. Parecia que não se sentia confortável para expressar as suas emoções comigo. Porém, ela não tinha receio em expor as situações penosas do seu passado.

Nesta primeira sessão, sinto Íris muito triste e desesperançada. Ela demonstrou um olhar intenso, mas, ao mesmo tempo, pareceu estar com a atenção em outro lugar, bastante aérea. Sinto que ela está na defensiva sobre a relação psicoterápica, o que era de esperar devido a ela ter tido uma experiência negativa com outro psicólogo no passado. (sessão 1 – 09/08/2018)

Ao decorrer das sessões, a paciente foi ganhando confiança na nossa relação. Observei isso ao sentir que ela estava menos tensa e mais espontânea em demonstrar emoções. Mas, além disso, ela trouxe para a sessão algumas obras da sua produção artística, desenhos que tinham significados profundos para ela.

Em seguida, quis me mostrar alguns dos desenhos que ela faz, contando que sente muita vontade em voltar a desenhar. Então pergunto o que a impede e ela diz que tem que se sentir inspirada para desenhar, que esses desenhos ela fez um tempo depois de ela ter experimentado chá de cogumelos alucinógenos. Foi um momento muito lindo quando vimos os desenhos. Fiquei impressionado com o talento que Íris tem e expus isso a ela. Ela disse que, quando se sentir mais à vontade comigo, vai me mostrar outros desenhos e coisas que ela escreve. (sessão 6 – 24/10/2018)

Na sessão seguinte, Íris se abre afetivamente, demonstrando se sentir muito vulnerável e com medos no seu dia a dia. Senti que era necessário demonstrar o quanto ela estava fazendo

progressos nesse curto tempo em que estávamos trabalhando juntos, além de lhe recordar que, agora, ela tinha pessoas a quem podia recorrer, caso se sentisse muito mal. Nesse sentido, Callieri (2007) escreve:

O psiquiatra sensível a essa dimensão arrisca a sua humanidade de uma maneira surpreendente: o seu encontro com mundos alienados leva a penetrá-los, a decifrar a complexidade de cada mundo, sem forçá-los ou empobrecê-los em categorias de diagnóstico pré-concebidos e, muitas vezes, meramente hipotéticos. (p. 153)

Minha intenção foi que ela compreendesse que existia um laço relacional entre nós, que se mantêm além do horário da sessão.

No fim da sessão, ela perguntou sobre o que eu recomendo para quando se sentir muito angustiada em relação aos seus medos. Digo que ela tem que respirar fundo e pensar que está conseguindo não apenas fazer projetos na sua vida, mas, acima de tudo, manter esses projetos, que tem um namorado que a apoia e que pode falar comigo, caso se sinta muito angustiada. (sessão 7 – 31/10/2018)

Com relação ao campo da intuição fenomenológica, no início dos atendimentos, minhas intervenções tiveram a intenção de reconhecer e validar os medos que a paciente trazia para as sessões.

Digo que provavelmente os ciúmes dela estão relacionados com o medo que ela sente em perdê-lo, junto do fato de ela ter tido muitas frustrações em relações passadas. Devido a todas essas frustrações relacionais, ela tem muitas dificuldades em confiar nas pessoas. Íris diz que, além do namorado, não tem mais nenhum amigo, que ela não consegue manter laços relacionais com as pessoas por muito tempo, porque, em algum momento, acaba sendo muito agressiva com a pessoa, que acaba se afastando dela, demonstrando muita tristeza enquanto fala sobre o assunto. (sessão 3 – 12/09/2018)

Em outros momentos, senti a importância de revalidar compreensivamente as suas ações, mesmo elas parecendo negativas, porque, a meu ver, tinham um sentido de autoproteção.

Íris me pergunta se eu acredito que ela teve um episódio psicótico no dia da discussão na república. Respondo que eu acredito que não, que provavelmente o que ela teve foi uma crise nervosa e que essa impulsividade se dá como uma forma de ela se defender quando se sente atacada e encurralada, como um gato que, quando não tem saída, ataca. Ela gostou muito dessa analogia. (sessão 6 – 24/10/2018)

Em função da ação do terapeuta, Binswanger (2001) escreve que:

Em uma situação médica nova e uma nova comunicação, entra, aqui, em jogo, o *trabalho* paciente, comum, sistemático, para *uma reconstituição das experiências vividas* e uma *reconstrução* refletida da história interior da vida. Trabalho absolutamente criativo para os dois parceiros, feito pela reunião dos atos de experiências, compreensão e interpretação que, em um primeiro momento, formando uns com os outros um tecido frouxo, aparecem pouco a pouco como cada vez mais forte e sistematicamente ligados e estruturados, de modo que, em vez da intervenção intuitiva, o *tema*, nessa hora, torna-se determinante. (p. 152)

Com o passar das sessões, os sentimentos de medo sobre conflitos com outras pessoas e perda de relações significativas voltaram a surgir. Em função disso, reforcei a necessidade de explorarmos aquilo que o campo afetivo tem a nos dizer.

Digo que esse medo deve estar relacionado às inúmeras situações do passado que deram errado, mas que à medida que fomos trabalhando no que o medo traz para ela, tanto no que ela sente como no que esse sentimento a faz pensar, poderemos desvelar o seu significado e, assim, muito provavelmente ele irá se desvanecer. Essa intervenção teve um efeito tranquilizador em Íris. Então, ela fica um tempo refletindo em silêncio. (sessão 7 – 31/10/2018)

Para finalizar com este primeiro momento do tratamento, entrarei nas mudanças observadas durante as sessões. Aos poucos, percebi que Íris foi tendo mais coragem de se expor, à medida que fomos estreitando a relação terapêutica. Porém, nas primeiras sessões, ela limitava bastante a sua narrativa. “Aos poucos, vou sentindo como Íris ganha confiança na relação, mas, em certos momentos, quando ela está contando as situações, faz uma pausa, penso ser porque ela ainda não se sente confortável em contar tudo” (sessão 2 – 23/08/2018).

Em outro momento, na sessão de emergência que marcamos após uma situação em que Íris agrediu seus colegas de república, foi nítido perceber como Íris chegou à sessão num estado alterado de consciência, mudando significativamente para uma maior lucidez.

No começo do atendimento, Íris estava bastante lentificada, tanto na forma de se expressar como nos movimentos motrizes. Ela conta que tomou rivotril, que a colega de quarto havia lhe dado para ficar mais tranquila. Durante o atendimento, ela foi acordando e se tranquilizando. Depois do término da sessão, Íris foi atendida pelo seu psiquiatra. À noite, Íris enviou uma mensagem agradecendo a ajuda, e contando que estava se sentindo melhor. (sessão 4 – 19/09/2018)

Ao prosseguir o tratamento, notei que, durante as sessões, a paciente foi transformando significativamente o seu estado afetivo e emocional, pois chegava tensa e triste, mas saía ligeiramente alegre e tranquila. Começamos a ter momentos em que ríamos de algumas situações que ela contava.

Sobre a interpessoalidade, sinto Íris mais solta, está rindo mais e está mais à vontade durante a sessão, podendo tocar temas cada vez mais íntimos sobre como ela se sente em relação aos outros. Reforço que um dos trabalhos terapêuticos é conseguirmos trabalhar o sentimento e os afetos. (9 – 21/11/2018)

8.1.3.2 *Segundo momento da psicoterapia (16/01/19 até 10/04/2019)*

Em relação ao campo espacial, neste momento do tratamento, Íris começou a sentir muita ansiedade, tensão física e dificuldade para adormecer. Através do trabalho psicoterápico, observamos que essas tensões corpóreas estavam relacionadas à sua postura mais responsável em relação a suas atividades e seus projetos. Ela começou a entrar num processo profundo de

amadurecimento e apropriação da sua vida. “Sinto Íris um pouco agitada, porém contente. Ela relata que tem se sentido mais ansiosa, de maneira geral. Exploro o que significa isso de ela se sentir mais ansiosa. Ela diz que é por ter mais responsabilidades” (sessão 12 – 23/01/2019).

Em uma sessão, a paciente relatou uma experiência de estranhamento com o próprio corpo. Ao explorar a temática, ela contou que essa sensação aparece em momentos pontuais, mas que a acompanha desde criança.

Íris também conta que, de vez em quando, ela se olha no espelho e não se reconhece. Peço para me explicar melhor isso, e ela responde que sente um estranhamento, como se não soubesse quem ela é. Quando perguntada se isso tem se intensificado ultimamente, responde que sente isso desde que era criança, referindo ter contado para os irmãos, que a olharam com espanto, mas não fizeram nada a respeito. (sessão 18 – 03/04/2019)

Acerca do campo temporal, começou a se projetar para o futuro, fenômeno novo para ela. Porém, apresentava medo e insegurança por esse futuro, por acreditar que seus projetos falhariam, por culpa da sua forma impulsiva e agressiva de ser com os outros. Em razão disso, Callieri (1993) refere que é fundamental reconhecer o sentimento de culpa nos pacientes com TPB, no campo da responsabilidade existencial, para situações psicológicas fortemente condicionadas, por exemplo, na primeira infância, tornando-se impossível a experiência individual de culpa e a tensão da ação pessoal responsável.

Fiz questão de trabalhar sobre essa ansiedade, então Íris relatou que sempre visualiza um futuro de fracasso sobre os seus projetos e que o que acaba destruindo esses projetos é o fato de ela ter problemas com as pessoas, sendo a culpa sempre dela. (sessão 11 – 16/01/2019)

Por outro lado, Íris voltou a falar das experiências do seu passado, nas quais sofreu muito. Porém, dessa vez, relatava essas experiências com mais detalhes, deixando-se tocar pelo campo afetivo que acompanhavam tais lembranças. Dessa forma, foi possível fazer todo um trabalho de reconhecimento dos significados que se mantinham ofuscados pelas intensas emoções.

Íris: – verdade! Quero te falar sobre a culpa que sinto, de vez em quando, ela aparece de forma muito intensa. Lembro das coisas que eu já fiz contra as minhas irmãs e a minha mãe. Eu já fui muito agressiva com elas, já parti para cima com uma faca contra a minha irmã e empurrei longe a minha mãe. Isso aconteceu na adolescência, eu tinha muita raiva, ódio delas. Penso que ninguém na família soube lidar com a morte do meu pai. Me sinto muito arrependida de ter feito as coisas que fiz com elas. Agora percebo que elas também estavam sofrendo o seu luto.

Psicólogo: – você já falou isso com elas, sobre o arrependimento que sente?

Íris: – nunca falei, mas eu penso que não há magoas por parte delas, já que, hoje em dia, elas me tratam bem. Eu também estou muito diferente daquilo que era.

Psicólogo: – você era uma criança nessa época, esse peso da culpa que você está carregando é algo que provavelmente elas não pensam assim, acredito nisso, pois elas te tratam bem hoje em dia.

Íris: – sim, mas é difícil não sentir essa culpa. Fora de casa eu era calminha, mas, dentro, eu quebrava tudo, era muito agressiva com todos. Mas, é verdade, eu era uma criança e, muitas vezes, fui o saco de porrada da minha irmã. (sessão 19 – 10/04/2019)

Referente ao campo relacional, a paciente continuou apresentando ciúmes das pessoas que ela gosta, como também continuou se sentindo incomodada com a presença dos outros e com o olhar deles. Porém, houve mudanças positivas, porque ela estava conseguindo refletir antes de ter uma reação agressiva e, assim, evitava situações de conflito com os outros, o que demonstrou que ela estava adquirindo mais confiança, reconhecendo os seus valores. Segundo Henry (2009), entender a fenomenalidade do humano significa entender aquele que se conhece vivendo num corpo dotado de sentidos, pelo que implica se situar no âmbito da fenomenalidade do sentir-se, que é, em si mesma, tessitura relacional, *a priori*, comunitária.

Disse que também se sente insegura, pois o seu namorado vai começar as aulas na faculdade de artes. Quando perguntada sobre o motivo da insegurança:

Íris: – por saber que ele vai conhecer outras meninas, mas eu sei que isso é inevitável e que ele gosta de mim, eu sei que é besteira minha ficar pensando que ele vai me trocar assim por outra.

Psicólogo: – é besteira, mas você sentiu essa insegurança em você. Vamos parar um pouco nela. O que essa insegurança está querendo te dizer?

Íris: – que eu era desagradável porque as pessoas se afastavam de mim. Sempre se afastaram... Mas eu já não sou mais aquela garota agressiva...

Psicólogo: – também vejo o quanto você mudou desde que começamos a terapia. (sessão 15 – 27/02/2019)

Um ponto interessante foi que Íris passou a se abrir a novas relações, não se sentindo imediatamente agredida pelo outro. “Conta que mudou de psiquiatra e que se sentiu muito bem com essa nova médica, pois ela lhe pareceu muito preocupada e humana no seu trato” (sessão 19 – 10/04/2019).

Em relação ao campo transcendental, começou a se apropriar das suas escolhas existenciais. Porém, esse processo não foi fácil, uma vez que ela sentiu a responsabilidade como nunca tinha sentido, até então, na sua vida. Para Binswanger (1961/1973), a psicoterapia, na sua verdadeira forma e função, é despertadora da comunicação, apresentando sempre o clínico num papel espiritual de mediador entre o paciente e o mundo, o qual, sendo bem compreendido, é o paciente como *não-si-mesmo* para o paciente como *si-mesmo*.

Íris diz que vem se sentindo mais ansiosa depois das nossas sessões, durante a semana. Exploramos essa ansiedade e vemos que é devido a ela estar tomando uma atitude mais responsável com a sua vida, pois o processo de aceitação sobre a sua vida adulta está tendo um efeito de compromisso profundo nos seus

projetos, o que traz o peso da responsabilidade, sentido como ansiedade. (sessão 12 – 23/01/2019)

Já no campo da interpessoalidade, iniciando pela relação terapêutica, observei que Íris estava ganhando confiança na nossa relação, permitindo-se viver suas fragilidades e seus afetos mais vulneráveis durante a sessão. Por minha parte, ao sentir que a relação foi adquirindo um forte laço de confiança, tive maior espontaneidade nas minhas ações e intervenções, relacionando-as ao que sentia durante as sessões. Assim, Henry (2012) discute que é por essa via que o corpo é originariamente um saber. Ele é um poder, mas esse poder é um saber imediato de si, um saber que não pressupõe que já nos esteja aberto o horizonte da verdade do ser, mas que, ao contrário, é o fundamento e a origem dessa verdade.

Depois, Íris contou que, no sábado, ela investigou o Facebook do seu namorado, usando uma conta falsa que ela tinha. Quando ela conta isso, eu começo a rir (foi bem espontâneo), mas ela também ri junto e diz “eu não consigo evitar... Tenho que dar uma espiada nele de vez em quando”. Conta ter descoberto que o namorado não excluiu a ex-namorada dos seus contatos, que isso a fez se sentir muito angustiada e que não conseguiu comer nada durante o dia todo. Então, confrontou o namorado por mensagem, mas, durante a conversa, conseguiu se acalmar e não provocou uma briga, como era de costume. Digo a ela que isso é um progresso, ela ter conseguido se controlar. Ela ainda acrescenta que a ex-namorada é tudo aquilo que Carvalho não aguentava: uma garota “pós-moderna” [nas palavras de Íris]. Voltamos a rir com a situação. (sessão 14 – 06/02/2019)

No campo da intuição fenomenológica, percebi que as minhas intervenções foram ganhando cada vez uma participação mais ativa no tratamento.

Íris: – antigamente eu vivia só na espiritualidade, tinha umas ideias muito loucas e estava sempre meditando. Parei de fazer isso tudo, mas acho que vai me ajudar a lidar com a ansiedade que venho sentindo.

Psicólogo: – acredito que você vivia a espiritualidade como uma forma de se abstrair das situações difíceis que estavam acontecendo no seu dia a dia. Agora você está passando por uma fase completamente diferente, e a espiritualidade pode aportar no lado mais sensível e profundo da tua vida.

Íris: – concordo [fica pensando por uns segundos e muda o tema] Acredito que vou ter que segurar as rédeas da relação com Carvalho. (sessão 13 – 30/01/2019)

Considero que a minha ação terapêutica foi ganhando força à medida que fui me sentindo, cada vez mais, em sintonia afetiva com Íris. Essa capacidade compreensiva foi aprimorando-se conforme Íris explorava os significados das experiências e dos afetos ligados à sua história de vida. Nesse sentido, segundo Callieri (2007), a concepção da psicopatologia como fenomenologia da reciprocidade e da *interpessoalidade* tem a sua base fundamentada na *interpessoalidade*, como sendo o próprio corpo o intermediário, corpo como o que *transcende ao mundo*, como *ser-no-mundo*, corpo como encarnação do meu *ser-mundano*.

Psicólogo: – o que vou dizer só faz sentido se ecoar em você, que pode ser devido a você não ter tido tanta interação com os seus irmãos, por eles serem mais velhos,

pelo seu pai estar sempre trabalhando e pela sua mãe não se aproximar afetivamente de você. Tudo isso pode ter desenvolvido essa sensação de estranheza sobre você mesma, pela falta de uma interação ativa, e principalmente afetiva, com toda a família.

Íris: [fica pensando em silêncio durante alguns segundos] – faz muito sentido isso. A sensação de solidão vem desde muito cedo na minha vida. (sessão 18 – 03/04/2019)

Para finalizar o segundo momento do tratamento, entramos no campo das mudanças durante a sessão. Foi possível observar que tanto o estado afetivo quanto o físico de Íris mudaram positivamente com o decorrer dos atendimentos.

No fim da sessão, digo que foi muito lindo ver como ela foi mudando o seu estado afetivo durante a sessão e que, no começo, ela estava se sentindo triste e quieta, por causa de inseguranças, mas que, agora, ela sai da sessão se sentindo bem e confiante. Íris sorri e nos despedimos com um abraço. (sessão 15 – 27/02/2019)

Nesse sentido, a situação terapêutica estava a ajudando a processar os afetos e as emoções. Acredito que, devido a ela se sentir acolhida na sua forma autêntica de ser, podia se manifestar livremente durante a sessão, possibilitando esse “atravessar afetivo”. Referente a isso, Henry (2014a) explica que o modo fenomenológico de revelação em que a vida consiste é um *pathos*, a afetividade é impressionabilidade pura, essa autoafeição radicalmente imanente que é nossa *carne*.

Sinto que Íris está muito cansada, mais tensa do que nas últimas semanas. Disse que está se sentindo um pouco resfriada desde ontem, que está muito cansada. [...] No fim da sessão, sinto Íris tranquila, mais leve, como se tivesse tirado um peso que carregava há muito tempo. (sessão 17 – 20/03/2018)

8.1.3.3 Terceiro momento da psicoterapia (17/04/2019 até 31/07/2019)

Iniciando o terceiro momento do tratamento, referente aos campos espacial e corporal, Íris apresentava ansiedade, devido a estar se reconhecendo em uma nova fase da sua vida. Por conta disso, mudou o estilo das suas roupas, escolhendo vestimentas coloridas. Começou a cuidar mais da sua aparência, engordou um pouco, demonstrando um aspecto mais saudável. Ao decorrer das sessões, não sentiu mais essa ansiedade e expressou gostar da sua imagem.

Chegou à sessão contando que tem abafado sua ansiedade fazendo muitas compras. Exploramos o que poderia estar relacionado e identificamos o fato de ela estar se sentindo uma mulher adulta e, por conta disso, sentir a necessidade de mudar o estilo de se vestir. Também observamos que está se preocupando mais com ela, com o seu corpo, comprando cremes e produtos de cuidados femininos, mas ressaltamos que tem que colocar limites sobre o que gasta. (sessão 22 – 08/05/2019)

Por outro lado, a paciente conseguiu deixar de sentir vergonha das cicatrizes que tem no corpo. Ela carregava esse sentimento de vergonha há muitos anos. Essas marcas físicas tinham sido provocadas pelas reiteradas situações em que Íris se automutilava. Para Henry (2012), o corpo é uma experiência interna transcendental, é um saber imediato de si. Mas é, nessa relação com o corpo, que podemos nos apropriar ou, melhor dito, *coapropriar* do sofrimento.

Então, diz que quer falar sobre as cicatrizes que tem pelo corpo, devido a ter se automutilado no passado. Fala sobre alguma das tatuagens que as fez para esconder cicatrizes dos cortes da automutilação, para evitar o olhar e a invasão das pessoas. Relata que, durante muito tempo, teve muita vergonha de quando as pessoas percebiam os cortes no seu corpo, mas que, no presente, não sente mais, embora não goste de ver a reação das pessoas. Exploramos que a vergonha surgia quando alguém perguntava diretamente o que tinha sido a cicatriz, então Íris inventava alguma história. Ela refere que não sentir mais essa vergonha, pois aceitou que a automutilação fez parte da sua vida durante anos e que, se a pessoa tiver preconceito sobre isso, seria problema da pessoa. (sessão 29 – 31/07/2019)

Em relação ao campo da temporalidade, ela adquiriu a capacidade de se projetar para o futuro, antecipando possíveis situações de insegurança e medo. Porém, à medida que trabalhamos sobre essas questões, ela foi capaz de se sentir melhor.

Chegou à sessão descrevendo que voltou a ter ideias catastróficas do futuro e que isso a deixava com medo e tensa no seu dia a dia, ficando mais intolerante com as pessoas ao seu redor. [...] Conforme trabalhamos os medos e formulamos estratégias (maneiras de evitar o futuro catastrófico), Íris foi se sentindo mais aliviada. Acabou a sessão aparentando estar mais tranquila e percebendo que está em seu poder continuar com um bom desempenho nos seus projetos. (sessão 21 – 24/04/2019)

Ela também foi acessando situações em que mantinha algum tipo de frustração, principalmente sobre relacionamentos afetivos. Mas, ao fazer essa reflexão, Íris transformou o significado sobre o ocorrido, mudando a forma como a experiência a afetava.

Refere que, quando voltou a sua cidade natal, e posteriormente veio para São Paulo, ficou dois anos sem ter relações sexuais com ninguém. Disse que, no começo, sentia rancor do seu ex-companheiro, mas esse sentimento foi passando à medida que ela notou que o rapaz estava muito doente, entre seus vícios com substâncias e sua condição psicológica. (sessão 27 – 19/06/2019)

Nesse sentido, a paciente acessou emoções e afetos que a acompanhavam desde a sua adolescência, entre raiva, ódio, culpa e arrependimento em relação a sua família. Porém, deixou de sentir essas emoções negativas, passando a aceitar tanto os seus erros como os dos seus familiares.

Então, Íris começa a lembrar sobre como ela era agressiva com a sua família e como ela não se perdoa por isso. Lembra de não aceitar sofrer pela morte do seu pai e que isso a fez desenvolver muita raiva contra toda a família. Tanto a sua

mãe como as suas irmãs ficaram muito tristes, e isso a deixava com muita raiva delas. Sente muita culpa por isso. (sessão 28 – 26/07/2019)

Um ponto importante, a respeito da temporalidade da consciência em Íris, é ela ter desenvolvido a capacidade de estar centrada no presente, sendo capaz de processar as frustrações e dificuldades que surgiam no seu dia a dia. Nesse sentido, Callieri (2007) explica que, em razão do desenvolvimento da esperança, existe uma tendência a superar-se, inseparavelmente ligada a um relaxamento temporal e a uma projeção ao futuro da sua própria existência.

Ressaltamos pontos relativos a como ela estava se vendo mais madura em relação a si e como estava conseguindo adaptar-se às adversidades que surgiam nos projetos em que está inserida: universidade, estágio, morar sozinha e a relação com o namorado. (sessão 25 – 05/06/2019)

A respeito do campo relacional, Íris apresentou mudanças profundas nas suas dificuldades de se relacionar com os outros. Deixou de ter problemas recorrentes devido a sua agressividade com as pessoas nos locais que frequenta. Mostrou reflexões críticas sobre si em relação aos outros, desenvolvendo capacidade empática para compreender as limitações dos outros, demonstrando amadurecimento e autoconhecimento.

Diz ter percebido que procura a aprovação dos professores, e que a indiferença de uma das professoras a afeta bastante. [...] Refletimos como é se relacionar com as limitações dos outros, principalmente com aqueles que nos incomodam. [...] Depois de trabalharmos sobre os seus sentimentos, Íris referiu se sentir mais confortável e menos ciumenta. Ao mesmo tempo, começou a perceber como ela, muitas vezes, se incomoda com situações em que o seu namorado não teve intenção nenhuma de atacá-la, dizendo ter muitas “*pecuises* relacionais”. (sessão 20 – 17/04/2019)

Outra mudança positiva no campo relacional foi Íris deixar de se sentir ameaçada pelos outros, buscando novas relações de amizade, voltando a ter esperança em confiar nas pessoas.

Logo, ela refere que esta semana conversou com algumas pessoas e conseguiu se abrir mais com elas. Sente isso como algo positivo na sua forma de se relacionar com os outros. Ressalto que também acho isso, que ela está acreditando mais nela, tendo mais confiança em si e, por conta disso, se abre para confiar nos outros. Trabalhamos sobre como Íris tem mudado a forma de estar na presença dos outros, deixando de ter a sensação de agressividade por parte das pessoas próximas a ela. (sessão 24 – 29/05/2019)

Numa das últimas sessões, Íris trabalhou profundamente o ato de perdoar pessoas que a magoaram em algum momento da sua vida, além de perdoar a si mesma pelo sofrimento que provocou na sua família.

Íris chegou à sessão dizendo que deseja falar sobre perdão. Diz sentir muitas mágoas por algumas pessoas. Refere ter conseguido se perdoar de muitas coisas que ela já fez, porém em relação à sua família, ainda sente muita vergonha do que fez na adolescência. Primeiro falamos sobre quem ela sente que precisa perdoar:

Íris: – minha ex-colega de quarto, sinto muita raiva dela. Tem dias em que acordo querendo matar ela, tem dias que não.

Psicólogo: – podemos ver o sentimento que ela te faz sentir. O que ele te diz?

Íris: – é muita raiva e ódio, ódio de ter contado para ela sobre os meus problemas psiquiátricos e, mesmo assim, ela fez o que fez.

Psicólogo: – então, você está magoada por ter mostrado o seu lado vulnerável?

Íris: – sim, isso aconteceu também com aquela assistente social, para quem me vinguei. (sessão 28 – 26/07/2019)

Nesse sentido, observamos como ela entra em reflexões profundamente afetivas sobre sua relação com os outros, num processo de reconhecimento dos aspectos negativos de si, do que ela quer melhorar. Em função disso, Callieri (2007) escreve:

O encontro com o *outro*, a sua *presença*, revela-me o outro como *eu-no-mundo*, este é um significado que nunca perceberei no encontro com as coisas. Nesse sentido, referimos que o outro é o meu *companheiro-no-mundo* ou, melhor, o meu *companheiro-para-o-mundo*, tanto no amor como no ódio, tanto na presença como na ausência. (p. 129)

Ao encerrarmos este primeiro ano de tratamento, observei como Íris conseguiu mudanças significativas, a ponto de se sentir confortável em ambientes sociais. “Conta que tem conseguido se relacionar com as pessoas no estágio sem ter nenhum tipo de problema, sendo cordial com os professores que ela não gosta, sem se sentir falsa ou ter algum tipo de incômodo por isso” (sessão 29 – 31/07/2019).

Quanto ao campo transcendental, a paciente conseguiu se apropriar dos seus projetos de vida. Passou por momentos de ansiedade e angústia por estar sentindo, pela primeira vez, o peso da responsabilidade. Porém, conseguiu se adaptar às exigências dos seus projetos e se mostrou confiante sobre o caminho que deve tomar no presente, para alcançar os seus objetivos.

Depois disso, Íris relata que esteve pensando que não lhe interessa sair do Brasil antes de acabar o curso. Refere que só iria para fora do país com o seu diploma de graduação. Porém, o cenário político atual a deixa muito receosa sobre o que irá acontecer no país. Discutimos sobre como ela está se apropriando das escolhas que terá de fazer no futuro próximo, mesmo que as incertezas lhe provoquem tensão e ansiedade. Essa reflexão ajudou a tranquilizá-la em relação aos caminhos que tem decidido no presente, deixando para sofrer com as escolhas futuras quando elas acontecerem. (sessão 24 – 29/05/2019)

Já no campo da interessoalidade e adentrando à relação terapêutica com a paciente, senti que, ao longo do ano de tratamento, conseguimos construir um laço relacional forte de comprometimento e confiança mútua. Isso possibilitou um trabalho psicoterápico profundo. A respeito disso, Binswanger (1961/1973) refere que as manifestações da modalidade dual, o amor e a amizade, são os modos da *presença* em que se exprime o autêntico encontro inter-humano, ou seja, em que, de uma forma total ou parcial, a relação entre o *Eu* e o *Tu* atinge sua plenitude.

No fim da sessão, Íris me abraça carinhosamente e volta a me agradecer por estar tendo a chance de fazer psicoterapia. Respondo que é muito gratificante, para mim, ver o quanto ela está tendo coragem de entrar nos pontos que ela tem mais vulnerabilidades e fraquezas, que fazer isso implica muita força e determinação. (sessão 28 – 26/07/2019)

Com relação ao campo da intuição fenomenológica, nesta fase do tratamento, senti confiança em poder expressar as minhas intuições a respeito dos temas que foram surgindo. Acredito que essas intervenções apenas surgiram devido ao extenso material afetivo e biográfico que Íris foi relatou nas sessões, demonstrando uma capacidade reflexiva elevadíssima sobre os seus afetos, além da coragem de entrar nos pontos de maior sofrimento e vulnerabilidade durante as sessões. Nesse sentido, Callieri (2007) refere que, no mundo vivido, com o corpo como intermediário do encontro com o outro, a fenomenologia da *interpessoalidade* encontra as premissas da sua justificativa: *podemos realmente dizer que existimos juntos*.

Em seguida, trabalhamos sobre a sua ideação de morte:

Psicólogo: – acredito que o medo de perder o namorado, misturado de culpa intensa e da falta do amor dele, trouxe as sensações de um vazio corrosivo e extremamente doloroso, que você sentiu durante muitos anos no seu passado.

Íris: – sim, voltou uma sensação que não sentia faz muito tempo, mas, desta vez, eu consegui atravessar o sofrimento conversando com a minha amiga. Vi que não sou mais aquela menina sozinha e carente, que precisava se cortar para aguentar o sofrimento. Vejo como isso vai ficando no passado. (sessão 26 – 12/06/2019)

A entrega afetiva de Íris em cada sessão me permitiu ir adquirindo uma compreensão profunda sobre a forma que ela sentia o seu mundo. Porém, sempre tive muito cuidado ao demonstrar que eu poderia estar errado nas minhas intervenções, respeitando a sua singularidade.

Psicólogo: – vou fazer uma interpretação sobre isso, mas só vai fazer sentido se te tocar profundamente. Acredito que você precisou voltar a ver o seu passado, essas relações que ficaram inacabadas para você, ou que te fizeram sentir “menos”. Então, você notou o quanto você está diferente, o quanto você cresceu como pessoa nesses anos e eles continuam quase iguais. Essa reflexão te trouxe um sentimento de tranquilidade.

Íris: – Sim, faz todo o sentido, me faz olhar para o passado de uma maneira diferente, com paz... Já passei por tanta coisa que, às vezes, me surpreendo por estar aqui hoje. (sessão 22 – 08/05/2019)

Houve outro momento profundamente significativo durante o tratamento.

Psicólogo: – você sente que as suas irmãs têm mágoas de você?

Íris: – não, elas me tratam muito bem.

Psicólogo: – então, acredito que elas estão felizes de ver que você está bem neste momento da sua vida, com um namorado que você ama, sendo independente, trabalhando e estudando. Acredito que elas também devem sentir alguma culpa daquilo que aconteceu na tua adolescência, até porque você era uma criança, já elas, por terem mais idade, poderiam ter te acolhido de alguma maneira.

Neste momento, Íris começa a chorar. Tento acolhê-la com o meu silêncio comprometido, sem apressar este momento, querendo demonstrar, na minha atitude, que ela pode chorar sem receios. Sinto que Íris entrou num processo de autoperdão. Então, ela conta que está se sentindo muito bem consigo mesma, que teve uma semana muito produtiva de estudo e que se sente tranquila e relaxada, mesmo estando sozinha, pois está de férias na universidade e no estágio. Diz se sentir adulta e segura de si. (sessão 28 – 26/07/2019)

No campo das mudanças durante a sessão, observei que Íris apresentou mudanças afetivas no decorrer do atendimento, geralmente voltadas para um estado afetivo positivo.

Íris chegou à sessão dizendo que tem se sentido muito desmotivada nas últimas semanas, não tem ido às aulas da faculdade e só tem saído de casa para ir ao estágio. Conta que está muito triste por pensar que pode perder seu namorado, porque ele pode ir morar em Portugal.

[...] No fim da sessão, ela demonstra estar mais confiante sobre a incerteza do futuro, considerando que, qualquer que seja a sua escolha, ela precisa se manter bem na faculdade. Sinto que ela está mais tranquila e se despede contente da sessão. (sessão 23 – 22/05/2019)

Por outro lado, Íris adquiriu uma harmonização do seu campo afetivo, podendo mover-se entre a tristeza e a alegria, mas acabando a sessão num estado afetivo de paz e tranquilidade.

Encerramos a sessão e senti que Íris está entrando, cada vez mais, num processo de aceitação profundo sobre o seu passado, tendo como transformação uma harmonia afetiva e uma mudança na forma de se relacionar com as pessoas no presente. (sessão 29 – 31/07/2019)

Referente a esse fruir dos afetos, Henry (2014a) escreve:

É, nessa conexão originária do sofrer e do fruir, que será preciso aprofundar se queremos apreender de mais perto as leis enigmáticas da vida fenomenológica, que têm em mãos a vinda em nós da felicidade, assim como as do mal-estar. (p. 41)

O tratamento psicoterápico com Íris continuará por, pelo menos, mais seis meses, podendo ser prolongado por mais tempo.

8.2 Resultados da escala *OQ 45.2*

Em relação ao segundo objetivo geral da pesquisa, que se tratava de mensurar as mudanças nas participantes durante um ano de tratamento, consideramos que foi alcançado positivamente. Essa avaliação foi dividida em três momentos: antes de iniciar o tratamento psicoterápico, após seis meses do início do tratamento e ao fim de um ano de psicoterapia.

A seguir, analisamos os resultados das pontuações da escala *OQ 45.2*, com algumas reflexões significativas, cruzando os valores da escala com as anotações das sessões para cada participante.

8.2.1 Análise da pontuação da escala OQ 45.2 em Dália

Iniciamos a análise com a participante Dália, que obteve um declínio de 21 pontos (de 99 para 78 pontos, equivalente a 11,3%) na pontuação total, entre a primeira aplicação do questionário e a última avaliação (Tabela 5). Esse valor, no primeiro momento, não parece ser muito significativo. Porém, é importante observar o que aconteceu na vida da participante durante o ano de tratamento, pois ela alcançou várias mudanças positivas.

Tabela 5 – Pontuação total e das subescalas do OQ 45.2 - participante Dália

Escala OQ 45.2	Pontuação total	Subescala de SD	Subescala de RI	Subescala de PS
Primeira aplicação	99/180 – 55%	68/100 – 68%	14/44 – 31,8%	17/36 – 47,2%
Segunda aplicação	73/180 – 40,5%	46/100 – 46%	16/44 – 36,3%	11/36 – 30,5%
Terceira aplicação	78/180 – 43,3%	47/100 – 47%	16/44 – 36,3%	15/36 – 41,6%

Com relação às principais transformações na vida de Dália, no início do tratamento, a participante não conseguia sair de casa sozinha, por medo a ter ausências de consciência, fortes dores de estômago ou conflito com outras pessoas. Vivia com o seu parceiro, na casa dos sogros, porque tinha medo de ficar sozinha. Saía pouco de casa e só tinha contato com uma amiga, além do namorado. Referente as manifestações de sintoma psicopatológico, Dália apresentava ideias de morte frequentes, paranoia intensa quando saía de casa, comportamento de automutilação, instabilidade afetiva, impulsividade agressiva perante os outros, desmotivação generalizada, incapacidade em projetar-se num futuro minimamente positivo, carência e dependência relacional, e insônia, entre outros.

Já no momento da terceira avaliação da escala, ela passou a morar sozinha, em um apartamento no centro da cidade. Voltou a sair sozinha de casa, porém alguns medos ainda continuavam a acompanhando. Demonstrou sentir esperança pela vida, o que a levou a projetar um futuro positivo para a si. Deixou de ter ideias suicidas e de se automutilar.

Diz estar se sentindo melhor para sair de casa sozinha, embora ainda tenha que ficar trabalhando num diálogo interno de que nada vai acontecer se ela sair, mas está indo ao mercado sozinha ou ao IPq. Contou que cada vez que volta para o apartamento, depois de ter saído sozinha, se sente muito bem consigo mesma, tem um sentimento de vitória: “sinto estar conseguindo recuperar aos poucos a Dália que fui no passado”.

Relatou estar se sentindo tranquila e em paz no apartamento, porém tem dias que ela sente medo de que alguém possa invadir a sua casa para lhe fazer mal, apesar de

esses medos estarem perdendo intensidade à medida que ela vai se sentindo mais independente para fazer as coisas sozinha.

No fim da sessão, sinto que Dália está mais contente e feliz, nos despedimos com um grato abraço. (sessão 33 – 30/05/19)

Seguindo as pontuações referentes à Tabela 1, e ao fazer um cruzamento com as anotações das sessões, Dália obteve uma pontuação total de 55% na primeira aplicação do teste, no início do tratamento. Ao comparar esse valor com as outras participantes (Gardênia – pontuação total 67,2 %; Iris – pontuação total 65,5%), Dália ficou 11,4% abaixo do valor médio. Porém, minha percepção foi que ela estava com sofrimento até mais intenso do que as outras participantes.

Dália relata que, depois de ela ter sido afastada do trabalho e internada, ficou muito mais impulsiva com as pessoas. Conta que quando tem algum conflito com alguém, ela sente tanta raiva que não consegue se controlar, a única coisa que ela deseja é atacar verbal e fisicamente a pessoa, e que somente depois ela é capaz de perceber que a sua ação foi desmedida. [...] Isso desenvolveu insegurança em si mesma, o que a fez sentir medo de sair sozinha na rua, já que acredita que pode perder o controle com alguém a qualquer momento. Dália também começou a se sentir perseguida quando está fora de casa, com medo de que alguém possa estar vigiando-a e lhe fazer algo ruim. (sessão 1 – 07/06/18)

Na anotação anteriormente feita, obtida na primeira sessão de atendimento com Dália, ficaram evidentes suas dificuldades interpessoais e o intenso sofrimento afetivo que ela desenvolveu sobre esse aspecto. Porém, a sua narrativa contrasta ao comparar com os resultados da primeira avaliação, uma vez que ela obteve a sua menor pontuação na subescala RI (primeira aplicação: 14/44 – 31,8%), em comparação com os outros momentos de avaliação da escala (segunda aplicação: 16/44 – 36,3%; terceira aplicação: 16/44 – 36,3%). Acredito que essa divergência entre a pontuação obtida na escala e a sua narrativa foi devido, precisamente, ao aspecto interpessoal estar muito afetado. Penso que Dália, por não me conhecer no momento da primeira avaliação, não foi totalmente verdadeira com o que sentia nas respostas, provavelmente por receio sobre o que poderia ser feito com esses dados, mesmo tendo sido explicado anteriormente os objetivos da pesquisa e a confidencialidade da informação. Já nas avaliações posteriores da escala *OQ 45.2*, vejo que os resultados condizem com a sua narrativa.

8.2.2 *Análise da pontuação da escala OQ.45.2 em Gardênia*

A participante Gardênia obteve um declínio de 68 pontos (de 121 para 53 pontos, equivalente a 37,8%) na pontuação total da escala, entre a primeira e a última avaliação (Tabela 6). Isso demonstra mudanças positivas em todas as categorias medidas.

Tabela 6 – Pontuação total e das subescalas do *OQ 45.2* - participante Gardênia

Escala <i>OQ 45.2</i>	Pontuação total	Subescala de SD	Subescala de RI	Subescala de PS
Primeira aplicação	121/180 – 67,2%	70/100 – 70%	28/44 – 63,6%	23/36 – 72,2%
Segunda aplicação	83/180 – 46,1%	50/100 – 50%	19/44 – 43,2%	14/36 – 38%
Terceira aplicação	53/180 – 29,4%	32/100 – 32%	9/44 – 20,5%	12/36 – 33,3%

Referente às principais transformações na vida, no início do tratamento, ela apresentava muita desconfiança na relação com os outros, mudanças intensas no seu estado afetivo, sentindo muita raiva e até ódio pelas pessoas. Perdia o controle com pessoas significativas para ela, chegando a agredi-las física e verbalmente. Isso gerava fortes emoções de culpa e vergonha, pois sentia medo de se relacionar com as pessoas no geral. No tocante à sintomatologia física, Gardênia apresentava muita ansiedade, intensificada quando entrava nos transportes públicos em horário de pico, chegando a sentir início de ataque de pânico.

Após um ano de tratamento, teve melhoras significativamente positivas em todos os campos avaliados pela escala. O olhar agressivo que ela sentia dos outros desapareceu por completo, assim como seus receios de perder o controle e ser agressiva com as pessoas em lugares públicos, sentindo vontade de frequentar lugares diferentes. Ela adquiriu capacidade para resolver conflitos relacionais e parou de se queixar tanto dos outros. A ansiedade intensa que ela tinha, no começo do tratamento, também deixou de sentir.

Gardênia adquiriu a capacidade de acessar os afetos negativos que surgiam das lembranças do seu passado e, posteriormente, voltou a um estado afetivo positivo. Em relação a suportar afetos e emoções intensas, também adquiriu a capacidade de refletir sobre os seus estados afetivos e superar as situações que despertavam esses afetos, deixando de senti-los de maneira tão intensa.

Assim, os resultados da escala condizem tanto com a narrativa de Gardênia como com a minha percepção sobre as mudanças e as transformações dela ao longo do tratamento.

8.2.3 *Análise da pontuação da escala OQ 45.2 em Íris*

A participante Íris teve um declínio de 89 pontos (de 118 para 28 pontos, equivalente a 49,4%) na pontuação total da escala, entre a primeira e a última avaliação (Tabela 7). Isso demonstra mudanças significativamente positivas em todas as categorias medidas.

Tabela 7 – Pontuação total e das subescalas do *OQ 45.2* - participante Íris

Escala <i>OQ 45.2</i>	Pontuação total	Subescala de SD	Subescala de RI	Subescala do PS
Primeira aplicação	118/180 – 65,5%	73/100 – 73%	24/44 – 54,5%	21/36 – 58,3%
Segunda aplicação	49/180 – 27,2%	31/100 – 31%	13/44 – 29,5%	5/36 – 13,8%
Terceira aplicação	29/180 – 16,1%	15/100 – 15%	8/44 – 18,2%	6/36 – 16,6%

No início do tratamento psicoterápico, ela queixava-se de ter muitos problemas relacionais com as pessoas próximas a ela, perdendo o controle sobre os seus atos, agredindo-a física e verbalmente. Isso lhe causava muita culpa. Também referia sentir muita angústia e ansiedade por medo de ficar sozinha no futuro. Sentimentos de carência e vulnerabilidade se transformavam rapidamente em raiva e ódio, quando se sentia minimamente agredida pelas pessoas. Sentimentos de desvalorização e depreciação de si eram comuns.

Íris referia ter ideações suicida frequentes, o que levava a se cortar, como forma de aliviar a angústia e sofrimento psíquico. Expressava pouco os seus afetos no início de terapia. Afetivamente, apresentava uma desmotivação geral e tristeza.

Ao fim do primeiro ano de tratamento psicoterápico, deixou de ter ideações de morte e parou de se cortar. Começou a cuidar muito mais da sua aparência, engordou um pouco, o que lhe deu um aspecto mais saudável. Também deixou de sentir vergonha das cicatrizes que tem no corpo, ganhando autoestima e confiança em si. A respeito do campo relacional, Íris apresentou mudanças profundas na forma de se relacionar com os outros. Deixou de ter problemas recorrentes com as pessoas nos locais que frequenta. Começou a ter reflexões críticas sobre si em relação aos outros, desenvolvendo capacidade empática, a ponto de se sentir confortável em ambientes sociais.

No campo afetivo, deixou de sentir raiva, ódio e culpa de maneira tão intensa como sentia no início do tratamento, desenvolvendo capacidade para refletir sobre as suas emoções. Foi adquirindo uma harmonização do seu campo afetivo, podendo mover-se entre a tristeza e a alegria, mas encerrando as sessões num estado afetivo de paz e tranquilidade. Desenvolveu esperança pelo seu futuro, demonstrando um profundo amadurecimento da sua personalidade.

Podemos observar que os resultados da escala condizem tanto com a narrativa de Íris como também com a minha percepção sobre as mudanças e transformações dela ao longo do tratamento.

8.3 Fenômenos invariáveis no TPB

Nosso terceiro objetivo geral foi descrever os fenômenos invariáveis que se apresentaram em todas as participantes da nossa pesquisa. Dessa maneira, podemos argumentar sobre a possibilidade de descrever a essência do TPB, aludindo às devidas limitações do nosso estudo por ter uma amostra limitada a três participantes. Entretanto, o fato de ter sido uma pesquisa que explorou, de maneira descritiva, o processo psicoterápico de cada uma das participantes, obtivemos um material muito rico na profundidade da compreensão singular de cada caso.

De tal modo, foi possível constatar a existência de alguns fenômenos que se apresentaram em todas as participantes, podendo ser separados em quatro principais áreas, que levam a uma série de outras manifestações: dificuldades em se relacionar com os outros; intensidade afetiva; histórico de abusos por parte de outros; e capacidade de transformação. Essa análise foi realizada por meio de um cruzamento com o capítulo da revisão da literatura sobre o TPB, observando o que coincidiu com os resultados desta pesquisa e o que houve de diferente.

8.3.1 *Dificuldades em se relacionar com os outros*

O primeiro ponto é a dificuldade em se relacionar com as pessoas de maneira geral. Esse aspecto foi central em toda a fase inicial do tratamento com todas as pacientes. Essa dificuldade se apresentou de diferentes maneiras, a partir de dois pontos principais: primeiro, o fato de as pacientes terem uma desconfiança profunda para com os outros; e, segundo, dificuldade em suportar a presença dos outros.

Em relação à desconfiança profunda sobre os outros, esse ponto levava as pacientes a uma série de afetos de insegurança de si mesmas e medos que inviabilizavam a manutenção de laços relacionais com a maioria das pessoas com que elas se relacionavam, além de lhes causar um desconforto contínuo em ambientes com muitas pessoas, sendo elas conhecidas ou não. A intensidade do desconforto variou em relação à pressão que elas sentiam nesses ambientes, o que as levava a apresentar comportamentos agressivos contra as pessoas que estivessem envolvidas. Referente a isso, concordo em parte com o que Shenk e Frunzzetti (2011, 2014) descrevem acerca das pessoas com TPB, isto é, que frequentemente essas pessoas têm a percepção de que estão sendo avaliadas negativamente ou sendo criticadas por outras, o que desperta uma intensa reação emocional. Até aqui, concordo com os autores, porém eles referem

que a interpretação dessas críticas ou rejeições pode ser infundamentada no contexto da situação real, sem argumentos evidentes para chegar a essa apreciação negativa. Nesse ponto, discordo, pois observei que as pacientes eram extremamente sensíveis em perceber as mínimas desaprovações dos outros, mas essas avaliações se mostraram sendo assertivas, uma vez que as pessoas com quem elas brigavam realmente não gostavam delas, o que provocava imenso desconforto nas pacientes, porém, em algumas situações de maior ansiedade para elas, esse desconforto passava a ser generalizado, perdendo a identificação singular. É como se as pessoas com TPB tivessem uma intuição apurada em identificar os preconceitos que as pessoas têm ao se relacionar com elas.

Voltando ao comportamento agressivo das pacientes desta pesquisa, observei que essa agressividade tinha como intensão se defender das ameaças que os outros lhes provocavam, já que a agressão quase sempre não era feita de maneira premeditada, apenas surgindo em situações de conflitos inesperados. Nesse sentido, quando o olhar do outro era percebido com desaprovação ou crítica, passava a ter um forte impacto afetivo nelas, sendo percebido como muito invasivo, ganhando um caráter de profundo julgamento e desvalorização sobre o seu ser e podendo levar a ataques agressivos por parte das pacientes, aspecto em que elas relataram não conseguir controlar, por serem tomadas pela ira naquele momento, desprendendo-se do peso das consequências dos seus atos. Fuchs (2001) explica que o sentido básico de continuidade da nossa vida depende de uma história compartilhada com os outros, de uma temporalidade intersubjetiva, o que estava profundamente afetado nas pacientes com TPB.

Outro aspecto que surgiu na narrativa de todas as pacientes foi a dificuldade em suportar a presença dos outros. Observei que elas percebiam as características negativas da personalidade das pessoas, não trazendo qualquer atributo positivo, embora com algumas exceções em pouquíssimas pessoas próximas a elas. Isso causava uma rápida aversão sobre as pessoas que faziam parte da sua rotina (casa, trabalho, universidade, academia, ambiente familiar, etc.), levando a um contínuo estado de desconforto nas pacientes. Também acarretava no fato de que elas se mantivessem bastante isoladas, evitando sair de casa ou frequentar ambientes públicos, tendo pouquíssimas relações significativas. Para Wilkinson-Ryan e Westen (2000), esse isolamento social é um fator determinante que favorece um tênue senso de identidade, devido à falta de memórias intersubjetivas ou compartilhadas que ajudam a definir o *eu* ao longo do tempo. Segundo estes autores, para as pessoas com TPB, que não conseguem manter muitos relacionamentos de longo prazo, a vida se torna uma série de episódios desconectados, com pessoas que entram e saem de suas vidas com frequência. Mesmo os

aspectos fundamentais do *eu* são frequentemente perdidos quando os relacionamentos em que emergiram se dissipam.

Sobre o âmbito da relação psicoterápica em indivíduos com TPB, a literatura sugere que a sua manutenção é um desafio constante para o clínico, em razão de diferentes emoções e sentimentos negativos que podem surgir durante o tratamento desses pacientes (McMain, Boritz, & Leybman, 2015). Particularmente, não senti o desafio contínuo que é mencionado por esses autores; pelo contrário, senti um comprometimento crescente com o tratamento por parte das pacientes e notei que, sobretudo no seu início, todas faltaram bastante às sessões – o que me causou algum desconforto. Porém, à medida que fui colocando essa questão durante as sessões, isso deixou de ser um problema, por compreender que, em muitas situações, era realmente difícil para as pacientes conseguirem sair de casa para ir às sessões. Contudo, isso foi mudando conforme o laço psicoterápico foi ganhando força.

8.3.2 *Intensidade afetiva*

Todas as pacientes narraram passar por experiências recorrentes de extrema intensidade afetiva, que surgiam em determinadas situações do seu dia a dia. Emoções de vazio profundo, tristeza e abatimento generalizado passavam para momentos de intensa euforia com ira e ódio de todos e de si mesmo. No início do tratamento, todas estavam se sentindo com uma ansiedade contínua e intensa, mesmo tomando medicamentos psiquiátricos, aqui foi possível observar que as pacientes acabavam tendo uma quebra da sua história de vida durante os episódios de extrema sensações emocionais, derivando num total afastamento da sua antropologia de vida. Referente a isso, Fuchs (2007) explica que a fragmentação da história de vida que os pacientes com TPB apresentam resulta na perda de uma identidade pessoal coerente, deixando a pessoa à mercê de impulsos e estados de humor momentâneos, sendo incapaz de integrar partes de sua vida em uma narrativa coerente e, portanto, incapaz de dar um significado profundo ao seu próprio sofrimento. Em decorrência da intensidade desses afetos, todas as pacientes apresentaram ideias de morte e comportamentos de autoagressão, que podiam ser de automutilação ou abuso de substâncias medicamentosas, a fim de abafarem a intensidade do sofrimento.

As situações de fortes mudanças emocionais, que todas as pacientes apresentaram, tinham, como pano de fundo, circunstâncias que implicavam outras pessoas, podendo ser na presença do outro ou em momentos posteriores, quando as pacientes se encontravam sozinhas. Nesse sentido, McCarthy e Taylor (2017) referem que a natureza do contexto interpessoal

parece ser a razão predominante para as bruscas mudanças nos processos afetivos de indivíduos com TPB, em comparação com pessoas sem o transtorno. Observei, ainda, claramente o referido por Houben et al. (2016) a respeito de que o que distingue pacientes com TPB das pessoas normativas não é apenas a ocorrência de fortes mudanças na intensidade emocional, mas que essas fortes mudanças afetivas eram de um estado emocional neutro para um estado emocional negativo no início do tratamento, de forma repentina e extremamente rápida. Também foi possível vivenciar essas intensas mudanças afetivas no decorrer das sessões. Sempre deixei claro para elas que, durante a sessão, era o lugar apropriado para elas expressarem livremente os seus afetos, uma vez que tínhamos um trabalho de reflexão sobre o que era sentido, dando espaço para a aceitação dos afetos e a apropriação reflexiva deles.

Todas as pacientes também relataram que não conseguiam se controlar quando eram dominadas por intensas emoções de ira e raiva em algumas situações, e que, só depois de elas agredirem quem estivesse envolvido, elas se acalmavam. Segundo Fuchs (2007), os pacientes com TPB não conseguem aprender da reflexão das experiências do passado, que ajudam a determinar decisões para o seu próprio futuro. Segundo o autor, eles sentem falta da experiência de apropriação das suas vidas. O autor conta que, em vez de projetar-se no futuro, eles simplesmente se deparam com ele. Assim, esses pacientes exibem uma estrutura temporal característica: são apenas o que estão experimentando em determinado momento, em um presente frequentemente intenso e ainda vazio e plano; esse presente só pode ser experimentado passivamente, não como resultado do próprio planejamento e vontade. Observei que, no início do tratamento, essa definição do estado da categoria temporal da consciência se apresentava nas pacientes deste estudo, principalmente nas situações de intensificação afetiva. Porém, isso foi mudando com o passar das sessões.

Um tipo de emoção que apareceu recorrentemente na narrativa de todas as pacientes foi o sentimento de culpa, que podia surgir posteriormente a alguma situação de conflito ou por recordações do seu passado, o que também levava essas pacientes a olharem para o seu futuro de forma catastrófica. Essa culpa causava uma sensação corrosiva de vazio, podendo levar a ideias de morte, comportamentos de autoagressão e, algumas vezes, tentativas de suicídio. Callieri (1993) refere que é fundamental reconhecer o sentimento de culpa nos pacientes com TPB, no campo da responsabilidade existencial para situações psicológicas fortemente condicionadas, por exemplo, pelas relações que o paciente teve na sua primeira infância. A partir da reflexão com as pacientes, deste trabalho, sobre os seus sentimentos de culpa, surgiram muitas relações de significados que estavam profundamente enraizadas nas suas experiências de vida; era uma culpa que transpassava a própria recordação, mantendo-se como afeto inerente

a qualquer ação. Nesse sentido, Fuchs (2001) afirma que o sofrimento resulta da incapacidade de desenvolver laços reais, leva a um vazio interior pela perda de significado e pelo afastamento da história de vida, o que faz todo o sentido, pois essa forma de vivenciar a culpa se apresentou em todas as pacientes durante o início do tratamento, porém isso foi mudando com o decorrer das sessões.

8.3.3 *Histórico de abusos por parte de outros*

Todas as pacientes relataram ter sofrido abusos na infância e/ou na adolescência por parte de pessoas próximas, alguns que também foram sexuais. Sobre esse ponto, existem pesquisas referindo que experiências tormentosas na infância são uma das características ambientais invariáveis no desenvolvimento do TPB (Fonagy & Bateman, 2008; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Já outras pesquisas referem que a má adaptação dos comportamentos interpessoais, proveniente de experiências adversas na infância, leva pessoas com TPB a terem uma capacidade, de confiar em si e em outros, minada por essa má adaptação relacional (Fertuck, Grinband, & Stanley, 2013; Franzen et al., 2011). Penso que dizer que existe uma má adaptação seria o inverso do que realmente acontece. Acredito que o correto seria afirmar que pessoas com TPB tiveram que se adaptar a uma realidade muito agressiva, que causou uma série de alterações nas diferentes categorias da consciência e também na forma de se relacionar com os outros e consigo mesmas. Essas alterações se intensificam quando a pessoa se encontra em situações de muita angústia e de falta de relacionamentos compreensivos e acolhedores. Falar em má adaptação é olhar a situação partindo do comportamento, porém esse comportamento é o ponto final de uma profunda relação de significados adaptativos, que conformam a maneira de ser-no-mundo desses pacientes. Por isso, o que deu resultado foi a necessidade de uma aproximação compreensiva, para trabalhar sobre a reflexão descritiva das situações de vida, dos significados e dos afetos que as pacientes apresentaram nas sessões psicoterápicas. Portanto, não é apontar o que está certo e o que está errado no seu comportamento, mas, pelo contrário, é dar espaço de acolhimento a todas as situações que se apresentam na sua narrativa, mas, principalmente, dar um cariz reflexivo, verbalizado, sobre o que está acontecendo no campo afetivo dos pacientes durante as sessões.

Também surgiu, nos relatos das pacientes, reiteradas experiências de abusos e frustrações relacionais que não ficaram limitadas apenas à infância e à adolescência. Todas as pacientes relataram terem sofrido agressões constantes e sistemáticas de pessoas próximas, durante a sua vida adulta. As implicações na constituição do *eu* das pacientes, devido a essas

vivências relacionais negativas, são profundas, levando a uma forma particular de sentir os afetos. Fuchs (2007) explica que o desenvolvimento do vazio interior, a dormência e a alienação das pessoas com TPB são resultado da separação de si mesmo: experiências que não podem ser integradas numa coerente história de vida, são abandonadas, cada vez mais, em favor de novas experiências, deixando apenas um vazio, por mais intensas que tivessem sido. A fragmentação da identidade está ligada a uma incoerência da memória autobiográfica, encontrada nos pacientes com TPB. Eles têm muitas dificuldades de relembrar experiências autobiográficas específicas e, muitas vezes, seus relatos narrativos mostram grandes lacunas ou inconsistências (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000; Startup et al., 2001). Foi possível observar todos esses aspectos nas pacientes deste estudo.

O mais intrigante de todo esse ponto é que, mesmo com tantas histórias de abusos, frustrações, decepções e traições relacionais, todas as pacientes mantinham vivas as esperanças de conseguir se relacionar bem com outras pessoas, daí a possibilidade de estabelecer uma relação psicoterápica. Para mim, esse fator demonstra que um profundo sentido humano se manteve vivo nelas, mesmo com todas as situações penosas que foram vividas e que possibilitaram o surgimento da relação psicoterápica. Talvez, o sentimento profundo de culpa seja a forma adaptativa de preservar a esperança e a humanidade, em razão de tanta violência sofrida por outros.

8.3.4 *Capacidade de Transformação*

Todas as pacientes demonstraram ter capacidade de mudança em todos os aspectos anteriormente referidos. Elas começaram a se relacionar melhor com outras pessoas de maneira geral. Todas deixaram de ter ideias de morte frequentes, bem como não tentaram o suicídio nem uma só vez durante todo o ano do tratamento. Todas deixaram de ter comportamentos agressivos contra as pessoas. Todas começaram a sentir afetos positivos sobre si e sobre a vida. Todas ganharam esperança pelo seu futuro e se apropriaram das suas escolhas e seus projetos. Sobre isso, Hopwood et al. (2014) referem ser muito provável que a experiência vivida durante o processo terapêutico vá tomando uma qualidade validadora da própria condição humana do paciente, o que acaba contribuindo para melhorar a regulação tanto das emoções como dos comportamentos impulsivos. Em todos os casos desta pesquisa, esse ponto pareceu derivar de um profundo respeito pela humanidade das pacientes, sendo considerado um antídoto eficaz contra atitudes negativas comuns em pessoas com TPB. Nessa mesma linha, Bedics et al. (2015) destacaram que, independentemente do tipo de intervenção terapêutica, os aspectos mais

significativos são o comprometimento e a capacidade de trabalhar a aliança terapêutica, promovidos pelo psicoterapeuta. Os autores explicam que isso resulta na redução das tentativas de suicídio por parte dos pacientes.

Segundo Fuchs (2001), para desenvolver a identidade narrativa nos pacientes com TPB, é necessário o constante trabalho de integração temporal da biografia deles. Nesse ponto, vejo que a exploração da biografia das pacientes deste estudo, durante o processo psicoterápico, surgiu de maneira espontânea, pois mantive um respeito pelo momento de cada paciente entrar nessas explorações sobre a sua história de vida, principalmente em relação às memórias que evocavam afetos de muito sofrimento. Cada uma delas precisou de tempos diferentes para conseguir sentir a confiança necessária nelas mesmas, em mim e na relação, para poder reviver as experiências de sofrimento intenso durante a sessão de psicoterapia. É neste ponto que existe uma diferença na qualidade da experiência da relação interpessoal que está muito danificada nos pacientes com TPB. Observei que a relação psicoterápica é a base e o sustento que possibilita a criação do ambiente propício para essa vivência de cura, através de uma reintegração das memórias que desenvolveram rupturas na narrativa da sua biografia.

Sustento que a minha tese nesta pesquisa é que através da continuidade da relação terapêutica, na qual o psicólogo tem que ter: capacidade de compreensão (sensibilidade apurada para não julgar o que o paciente relata na sessão), acolhimento do sofrimento (mas também da alegria e de todos os afetos que surgirem durante as sessões), implicação com o paciente (se mostrar próximo e disponível, durante a sessão, mas também fora dela), coerência afetiva na sua forma de se comunicar (da narrativa em relação aos seus afetos), verbalizando o que é sentido nesse espaço do *nós* da relação; além disso, deve demonstrar ter genuína esperança de que o paciente irá melhorar. Tudo isso foi dando a possibilidade da reconstrução da narrativa de vida das pacientes e, por consequência da sua identidade, integrando o seu passado, numa coerência com um sentido apropriado para o futuro, que é vivido de maneira encarnada, numa responsabilização profunda dos seus atos no presente. Uma vez que as pacientes vão ganhando confiança na sua capacidade de se relacionar com os outros, começando pela relação psicoterápica, para, posteriormente, expandir no seu próprio sentido de mundo, este processo não se deu precisamente de forma linear com cada uma das pacientes, o que exigiu a necessidade de se respeitar a singularidade de cada relação psicoterápica. Porém, com as suas devidas diferenças, constatei que esse processo foi sendo adquirido, aos poucos, em todas as pacientes desta pesquisa.

8.4 Limitações e considerações finais

Primeiramente, com relação à limitação do aspecto qualitativo desta pesquisa, uma vez que não se pretendeu chegar a generalizações explicativas sobre os diferentes aspectos abordados, considero que os resultados nos levam a reflexões promissoras sobre as características das pessoas que apresentam o TPB, de maneira a apurar maior conscientização e compreensão sobre os profissionais de saúde e das pessoas em geral, que lidam com indivíduos que sofrem deste transtorno. Espero ter ajudado a desenvolver uma visão mais compreensiva e acolhedora, afastando a necessidade de julgamento que permeia, principalmente, os profissionais de saúde que lidam com pessoas que cometem comportamentos que atentam contra a própria vida, como automutilação e tentativas de suicídio.

Uma das limitações que percebi, à medida que fazia minhas anotações posteriores à cada sessão de psicoterapia sobre as participantes da pesquisa, foi a de ter sentido uma certa barreira no momento de escrever sobre algo que é sentido na presença do outro. Cheguei à reflexão de que, na falta deste outro, perde-se uma parte do conhecimento pelo qual faço a minha ação psicoterápica; perde-se a sintonia, o sentir o outro e o *nós* que vai sendo desenvolvido através de cada encontro. Por conta disso, parte da intuição profunda que dá o sentido nas intervenções e parte daquele além do que é criado na relação com o outro também é perdido. Porém, quando voltava a me encontrar com as pacientes, toda a percepção compreensiva também voltava. Claro que sobre este aspecto, poderíamos fazer extensas reflexões, justamente porque toca os campos interpessoais de criação que surgem no espaço da relação psicoterápica.

Outro ponto que me fez sentir muita angústia, foi o desafio profundo em conseguir escrever sobre o *fazer clínico*, uma vez que ele só acontece num dinamismo contínuo de cada sessão, num fluxo e movimento que não para, numa sintonia que se desenvolve ao decorrer de cada momento da presença do outro, e principalmente, a partir da do movimento vivencial do outro. Espero poder ter conseguido passar ao leitor, ao menos minimante, esse movimento, essa fluidez que foi se modificando durante o tratamento psicoterápico. Captar o outro e, ao mesmo tempo, a nós mesmos no devir do tratamento psicoterápico, mostrou-se um desafio profundo no momento da escrita, porém me levou a entrar em reflexões profundas que elevaram a minha própria clareza da prática clínica. Procurei não deixar este tipo de reflexões perturbar a minha atenção para as pacientes durante as sessões.

Para finalizar, é importante referir o impacto positivo que teve o acompanhamento psicoterápico nas pacientes com TPB que já estavam fazendo um tratamento psiquiátrico,

porém, somente o tratamento psiquiátrico não era suficiente para provocar transformações significativamente positivas nas suas vidas. Por isso, aponto para a importância de que seja conjugada uma psicoterapia de cariz compreensiva com o tratamento psiquiátrico. Para isso, vejo a necessidade da realização de mais pesquisas que tragam maior conscientização e reconhecimento sobre o impacto positivo, não apenas do tratamento baseado na psicopatologia fenomenológica e na fenomenologia da vida, mas possivelmente, dos diferentes tipos de psicoterapia onde exista uma relação humana de implicada com o paciente. Assim, o lugar do psicólogo clínico deve ser entendido como o especialista em possibilitar um espaço relacional de uma qualidade diferenciada de compreensão, aceitação e acolhimento.

REFERÊNCIAS⁹

- Ales Bello, A. (2006). *Introdução à fenomenologia / Angela Ales Bello*. Tradução Ir. Jacinta Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru, SP: Edusc.
- Ales Bello, A. (2016). *Il senso dell'umano – tra fenomenologia, psicologia psicopatologia*. Roma: Lit Edizioni Srl.
- Ales Bello, A., Ballerini, A., Borgna E. & Calvi, L. (2008). *IO E TU Fenomenologia dell'incontro - Omaggio al Prof. Bruno Callieri per il suo ottantacinquesimo anno – A cura di Gilberto Di Petta*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Amatuzzi, M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*: Campinas, 13(1), 5-10.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-V. (5. ed.) Porto Alegre: Artmed
- Andrade, C. & Holanda, A. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*: Campinas, 27(2), 259-268.
- Antúñez, A., Martins, F. & Ferreira, M. (2014). *Fenomenologia da Vida de Michel Henry: interlocução entre filosofia e psicologia*. São Paulo: Escuta.
- Antúñez, A., Martins, F. & Ferreira, M. (2015). Apresentação – A fenomenologia da vida em Michel Henry e a psicologia clínica. *Psicologia USP*, v. 26, n. 3, p. 316-317.
- Antúñez, A. & Safra, G. (2018). A psicologia clínica e a fenomenologia da vida de Michel Henry. In: *Psicologia clínica da graduação à Pós-Graduação* / editores Andrés Eduardo Aguirre Antúñez, Gilberto Safra. – 1. ed. – Rido de Janeiro: Atheneu.
- Antúñez, A., Colombo, E., Santoantonio, J., Ossa Acharán, J. T. & Acúrio, J. (2018). Fenomenologia da Vida em Pesquisas Clínicas. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(3), 312-318.
- Araujo, A. & Neto, F. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82. ISSN 1982-3541.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. New York, NY: Oxford University Press.
<http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>

⁹ De acordo com as normas da APA (*American Psychological Association*).

- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S. & Linehan M. M. (2015). The Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome in Dialectical Behavior Therapy Versus Nonbehavioral Psychotherapy by Experts for Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy*, 52 (1), 67–77.
- Ben-Porath, D. (2004). Strategies for securing commitment to treatment from individuals diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 247-263. doi: 10.1023/B:JOCP.0000036633.76742.0b
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. 5ª ed. Munique-Basiléia: Emes Reinhardt Verlag.
- Binswanger, L. (1959). Sprache, Liebe und Bildung. In *Confinia Psychiatrica*, 11 (3), 139-140.
- Binswanger, L. (1970). Psychanalyse et psychiatrie clinique. in *Discurs, parcours et Freud*. Paris: Ed. Gallimard.
- Binswanger, L. (1971). Fonction Vitale et histoire intérieure de la vie. In L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle* (p. 49-77). Paris: Les Éditions de Minuit (Original publicado em 1924).
- Binswanger, L. (1973). *Artículos y Conferencias Escogidas*. Madrid: Editorial Gredos. (Original publicado em 1961).
- Binswanger, L. (1977). Três Formas de Existência Malograda. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Original publicado em 1956).
- Binswanger, L. (2001). Sobre a psicoterapia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Tradução Monica Seincman. IV(1), 1, 143-166.
- Binswanger, L. (2013). *Sonho e existência: ensaio e conferência 1: escritos sobre fenomenologia e psicanálise*. Tradução: Marco Casanova. 1ª ed. Rio de Janeiro: Via Verita. (Original publicado em 1954).
- Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 313–322.
- Bruns, M. A. T., & Holanda, A. F. (2003). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas*. Campinas: Alínea.
- Callieri, B. (1980). Psicopatologia e nosologia del paziente borderline. In *Rivista Freniatria*, 104, 1351-1367. Disponível em: <https://www.doccity.com/it/psicopatologia-e-nosologia-del-paziente-borderline/555714/>
- Callieri, B. (1993). *Inquadramento antropologico del vissuto corporeo e della sua psicopatologia*. Lecce: Idee.

- Callieri, B. (2001). *Quando vince l'ombra: problemi di psicopatologia clinica*. Roma: Eur.
- Callieri, B. (2007). *Corpo Esistenze Mondì – Per una psicopatologia antropologica*. Roma: EUR.
- Callieri, B. (2011). L'antropologia dell'incontro interpersonale. Ambiguità e ambivalenza in psicopatologia. In: *Perona, Logos, Relazione – Una fenomenologia plurale – scritti in onore di Angela Ales Bello* (Baccarini, E., D'Ambra, M., Manganaro, P., Pezzella, A.M. edd.). Roma: Città Nuova Editrice.
- Callieri, B. & Maldonato, M. (1998). Fenomenologia dell'incontro. In B. Callieri & M. Maldonato. *Ciò che non so dire a parole: fenomenologia dell'incontro*. p. 19-49. Napoli: Guida.
- Carvalho, L. F. & Rocha, G. M.A. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45). *Psico-USF*, 14 (3), 309-316. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712009000300007>
- Chamond, J. (2011). Fenomenologia e psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger: uma introdução. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17 (1), 3-7.
- Clarkin, J.F. & Posner, M. (2005) Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology*, 38, 56–63.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2007). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. New York, NY: American Psychiatric Publishing.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495–510.
- Dartigues, A. (2003). *O que é a fenomenologia?* São Paulo: Centauro.
- Dastur, F. & Cabestan, P. (2015). *Daseinsanalyse: Fenomenologia e Psicanálise*. Tradução: Alexander de Carvalho. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Deans, C. & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21, 43– 49.
- Di Petta, G. (2003). *Il mondo vissuto*. Roma: EUR.
- Di Petta, G. (2007). Um clinico sulla via della vita. In Callieri. *Corpo Esistenze Mondì – Per una psicopatologia antropologica*. Roma: EUR.

- Di Petta, G. (2008). Bruno Callieri: La “via d’uscita” dal Novecento. In Ales Bello et. all, *IO E TU Fenomenologia dell’incontro - Omaggio al Prof. Bruno Callieri per il suo ottantacinquesimo anno – A cura di Gilberto Di Petta*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Diaz Curiel, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos con transtornos de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 21, 78, 51-70.
- Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A. & Yen, S. (2017). Emotional Processes in Borderline Personality Disorder: An Update for Clinical Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27 (4), 425–438.
- Feijoo, A. M. (2017). A Fenomenologia Antropológica de Binswanger. *Aoristo – International Journal of Phenomenology, Hermeneutics and Methaphysics*. 1, 1, 124-141.
- Fertuck, E. A., Grinband, J. & Stanley, B. (2013). Facial trust appraisal negatively biased in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 207, 195–202.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2005). Attachment theory and mentalization-oriented model of borderline personality disorder; in Oldham, J. M., Skodol, A. E. & Bender, D. S. (eds). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 187–205.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 4–21.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 64, 22–31.
- Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G. & Lis, S. (2011). Superior ‘theory of mind’ in borderline personality disorder: An analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry Research*, 187, 224 –233.
- Fuchs, T. (2001). Melancholia as a Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time, *Psychopathology*, 34, 179–186.
- Fuchs, T. (2007). Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 40, 379–387. DOI: 10.1159/000106468
- Galimberti, U. (1998). *Alterità e alienità*. Milão: Feltrenelli.
- Giovanetti, J. P. (1989). O existir humano na obra de Ludwig Binswanger. *Sintese Nova Fase*, 50, 87-99. <http://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1734/2061>
- Grinker, R., Werble, B. & Drye, R. C. (1968). *The Borderline syndrome*. New York: Basic books.

- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patients intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability". *Am. J. Psychiatry*, 153 (6), 752-758.
- Gunderson, J. G. & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *Am. J. Psychiatry*, 132, 1-10.
- Gunderson, J. C., Prank, A. F., Romnningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. B. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 177, 38-42.
- Hatfield, D. & Ogles, B. M. (2004). The Use of Outcome Measures by Psychologists in Clinical Practice. *Professional Psychology: Research & Practice*, 35 (5), 485-491. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.485>
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo*. Tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Editora Vozes. (Trabalho original publicado em 1927).
- Henry, M. (2009). *Genealogia da psicanálise – o começo perdido*. Tradução Rodrigo Vieira Marques. Curitiba: Editora UFPR.
- Henry, M. (2012). *Filosofia e fenomenologia do corpo: ensaio sobre a ontologia Biraniana / Michel Henry*. Tradução Luis Paulo Rouanet. São Paulo: É Realizações.
- Henry, M. (2014a). *Encarnação – uma filosofia da carne*. São Paulo: É Realizações. (Trabalho original publicado em 2000).
- Henry, M. (2014b). Sofrimento e vida. In Antúnez, A., Martins, F., Ferreira, M. V. (Orgs.) *A fenomenologia da vida de Michel Henry: interlocução entre filosofia e psicologia*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 2001).
- Holanda, A. (2001). Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia. *Psicologia em Estudo*. Maringa: 6 (2), 29-38.
- Holanda, A. (2002). *O resgate da fenomenologia de Husserl e a pesquisa em psicologia*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24 (3), 363-372.
- Holanda, A. F. (2011). Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica. In: V. Angerami-Camon (Org.), *Psicoterapia e brasilidade*. São Paulo: Cortez Editora, 2011, 57-82.
- Hopwood, C. J., Swenson, C., Bateman, A., Yeomans, F. E. & Gunderson, J. G. (2014). Approaches to Psychotherapy for Borderline Personality: Demonstrations by Four Master Clinicians. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5 (1), 108–116.

- Houben, M., Vansteelandt, K., Claes, L., Sienaert, P., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2016). Emotional switching in borderline personality disorder: A daily life study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7, 50 – 60.
- Husserl, E. (2012). *Investigações lógicas – Segundo volume, parte I: Investigações para a fenomenologia e a Teoria do Conhecimento / Edmund Husserl*. Tradução de Pedro Alves, Carlos Morujão. Rio de Janeiro: Forense. (Original publicado em 1901).
- Husserl, E. (2014). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro tercero, La fenomenología y los fundamentos de la ciencia*. México, D.F.: Instituto de Investigaciones Filosóficas. (Original publicado em 1952).
- Husserl, E. (2014b). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. 5ª edição. São Paulo: Editora Ideias & Letras. (Original publicado em 1913).
- Jones, B., Heard, H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G. & Jones, R. S. P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychol Med*, 29, 1397–1404.
- Kernberg, O. (1974). Further contribution to the treatment of narcissistic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 215-240.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A. & Appelbaum, A. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- Kimura B. (1992). *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Lambert, M. J. & Finch, A. E. (1999). The Outcome Questionnaire. M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 831-869.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hartfield, D., Harmon, C., Hamilton, S. Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C., & Burlingame, G. M. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2 Outcome Questionnaire*. Salt Lake City: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J. (1983). Introduction to assessment of psychotherapy outcome: Historical perspective and current issues. In: M. J. Lambert, E. R. Christensen, & S. S. DeJulio (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome*. New York: John Wiley and Sons, 3-32.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38, 64–74.

- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D., Schmahl, C. & Bohus, M. (2017). Loneliness, Social Networks, and Social Functioning in Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8 (4), 349–356.
- Livesley, W. J. (2000). A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), 211–232.
- Maillard, P., Dimaggio, G., Roten, Y., Berthoud L., Despland, J. N. & Kramer U. (2017). Metacognition as a Predictor of Change in the Treatment for Borderline Personality Disorder: A Preliminary Pilot Study. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27 (4), 445–459.
- Manganaro, P. (2006). A psiquiatria fenomenológica-existencial na Italia. *Memorandum*, 10, 85-92. Retirado em 10/04/2016, do World Wide Web <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/manganaro05.pdf>
- Martins, F. (2009). In Apresentação de *Genealogia da psicanálise – o começo perdido*, Michel Henry. Curitiba: Editora UFPR.
- Martins, F. (2017). *Estátuas de Anjos. Para uma Fenomenologia da Vida e da Clínica*. Lisboa: Fernando Mão de Ferro.
- McMain, S. F., Boritz, T. Z. & Leybman, M. J. (2015). Common Strategies for Cultivating a Positive Therapy Relationship in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25 (1), 20-29.
- McCarthy, K. & Taylor, A. P. (2017). Crossing Boundaries for Borderline Personality Disorder: Comment on Dixon-Gordon, Peters, Fertuck, and Yen. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27 (4), 439–444.
- Merleau-Ponty, M. (1973). *Ciências do homem e fenomenologia*. São Paulo: Saraiva.
- Miano, A., Fertuck, E. A., Roepke, S. & Dziobek, I. (2017). Romantic Relationship Dysfunction in Borderline Personality Disorder—A Naturalistic Approach to Trustworthiness Perception. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8 (3), 281–286.
- Moreira, V. (2004). O método fenomenológico de Merleu-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 447-456.
- Moreira, V., Cruz, A. V. H. e Vasconcelos, L. B. (2005). O Caso Ellen West de Binswanger: fenomenologia clínica de uma existência inautêntica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 5 (2), 382-396.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Muscatello, C.F. & Scudellari, P. (2000). Anger and narcissism: between the void of being and the hunger for having. *Psychopathology*, 33, 227–232.
- Nelson H. L. (2001). *Damaged Identities, Narrative Repair*. Ithaca: Cornell University Press.
- Ossa Acharán, J. T. & Sousa, S. (2014). Emoções em contexto da psicoterapia fenomenológica existencial. In *Fenomenologia e Práticas Clínicas – Palestras apresentadas no 1º Congresso Luso-Brasileiro de Práticas Clínicas Fenomenológico-Existenciais*. Ana Feijoo e Mª Bernadete Lessa (Organizadoras). Rio de Janeiro: IFEN.
- Ossa Acharán, J. T. & Antúnez, A. E. A. (2018). A clínica do encontro interpessoal – Bruno Callieri e Michel Henry. In *Cadernos I: Círculo fenomenológico da vida e da clínica*. / Organizado por Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. São Paulo, IPUSP, p. 126-133.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482–487.
- Pazzagli, A. & Rossi Monti, M. (2000). Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 33, 220–226.
- Peres, R. S. (2009). Aliança Terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26 (3), 383-389. doi: 10.1590/S0103-166X2009000300011
- Petrelli, R. (2005). *Fenomenologia Teoria, Método e Prática*. Goiânia: Editora da UCG.
- Richardson-Vejlgaard, R., Broudy, C., Brodsky, B., Fertuck, E., & Stanley, B. (2013). Predictors of psychotherapy alliance in Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Research*, 23 (5), 539-545. doi: 10.1080/10503307.2013.801001
- Safra, G. (2014). Texto da capa. In: Antúnez, A. E. A.; Martins, F.; Ferreira, M. V. *Fenomenologia da vida de Michel Henry - Interlocuções entre filosofia e psicologia*. São Paulo: Escuta.
- Silva, S. M., Alves, I. C., Peixoto, E. M., Rocha, G. M. & Nakano, T. C. (2016). Outcome Questionnaire (OQ-45.2): avaliação das propriedades psicométricas via modelo bifactor e TRI. *Psico (Porto Alegre)*, 47 (4), 298-308. <https://www.researchgate.net/publication/312263266>
- Silva, S. M. (2013). *Escala de Avaliação de Resultados (Outcome Questionnaire) – OQ-45.2: Validade e precisão*. Tese de Doutorado [não publicada]. Universidade de São Paulo.
- Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 163–183.
- Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2014). Parental validating and invalidating responses and adolescent psychological functioning: An observational study. *Family Journal*, 22, 43–48.

- Startup, M., Heard, H., Swales, M., Jones, B., Williams, J. M. G. & Jones, R. S. P. (2001). Autobiographical memory and parasuicide in borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*, 40, 113–120.
- Stem, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Q.*, 7, 467-489.
- Stone, M. H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5, 15-20.
- Trull, T. J., Tomko, R. L., Brown, W. C., & Scheiderer, E. M. (2010). Borderline personality disorder in 3-D: Dimensions, symptoms, and measurement challenges. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 1057–1069.
- Van Ijzendoorn, M. H. & Schuengel, C. (1996): The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experience Scale (DES). *Clin Psychol Rev*, 16, 365–382.
- Vaz Tanesi, P. H., Yazigi, L., de Mattos Fiore, M. L., & do Nascimento Pitta, J. C. (2007). Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 71-78.
- Waldinger, R.J. & Gunderson, J.G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *Am J Psychother*, 38, 190-201.
- Westen, D. & Cohen, R.P. (1993). The self in borderline personality disorder: a psychodynamic perspective; in Segal Z.S. & Blatt, S. J. (eds). *The Self in Emotional Distress. Cognitive and Psychodynamic Perspectives*. New York: Guilford Press, 334–360.
- Wilkinson-Ryan, T. & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry*, 157, 528–541.
- Winnicott, D. W. (1974). *O Medo do Colapso. Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ANEXOS

ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico.

PESQUISADOR PRINCIPAL: Francisco Lotufo Neto

CARGO/FUNÇÃO: Docente FMUSP

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRM 36108

DEPARTAMENTO/INSTITUTO: HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

Você está sendo convidado a participar do estudo "Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico". Se aceitar o convite, você irá fazer um tratamento para o distúrbio de personalidade durante um ano. Queremos saber se o tratamento recebido ajuda você a se sentir melhor. Para isso, antes de começar o tratamento você responderá um questionário, que será repetido mais duas vezes, uma daqui a seis meses e uma última vez no fim do tratamento. O tratamento oferecido é de psicoterapia sendo feito uma sessão de uma hora por semana. Em qualquer momento do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, como também informação sobre os resultados parciais da pesquisa.

Você poderá desistir do tratamento sem qualquer prejuízo. O principal investigador é o *Dr. Francisco Lotufo Neto*, que pode ser encontrado no endereço: Departamento de

Psiquiatria – Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 05403-010, telefone 3069-6988. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br . As informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e não será divulgado o nome de nenhum paciente. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira pela sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico". Eu discuti com o *Dr. Francisco Lotufo Neto* sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e a de esclarecimentos permanentes. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo um via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura participante / Representante legal

Data __/__/__

Assinatura do responsável pelo estudo

Data __/__/__

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO :
 .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº
 APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE
 : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº
 APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD
 (.....).....

ANEXO B – Aprovação da Pesquisa pela Diretoria Executiva – IPq

DEPARTAMENTO E INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo, 11 de julho de 2017.

Ilma. Sra.

Denise Ramalho

Escritório de Apoio à Pesquisa

Departamento de Psiquiatria FMUSP

Ref.: Parecer Diretoria Executiva do Instituto de Psiquiatria referente ao check list institucional do projeto de pesquisa: **Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico.**

Estimada Senhora,

Informamos que o projeto denominado **Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico**, do pesquisador responsável, Francisco Lotufo Neto, foi apreciado e aprovado pela Diretoria Executiva – IPq nesta data, com a seguinte orientação:

- Em virtude da necessidade de consultório para atendimento individual, após o projeto ser aprovado no Comitê de Ética e se possível, com 2 meses de antecedência, solicitar reserva de sala para: Carolini Peviani, pelo email: carolini.peviani@hc.fm.usp.br, ramal: 7924.

E ainda, por haver pesquisadores de fora do IPq, por gentileza, solicitar orientação à equipe de Gestão de Pessoas do IPq no 1º andar a respeito dos crachás, pois em breve teremos catracas instaladas no prédio o que não mais permitirá acesso sem crachá.

Atenciosamente,

Aline Fernanda Pedrazzi
Gerente Executiva – IPq HCFMUSP

Rua Dr. Ovídeo Pires de Campos, 785
Sala 26, 1º andar, Cerqueira Cesar,
São Paulo – SP, CEP: 05403-903
Telefone: (11) 2661-8046

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética - CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico.

Pesquisador: Francisco Lotufo Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84807418.6.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.571.123

Apresentação do Projeto:

O protocolo "Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico" se apresenta como um estudo prospectivo, estudo de caso clínico (3).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral desta pesquisa, segundo os pesquisadores, é realizar três estudos de casos, explorando os acontecimentos e as mudanças na relação interpessoal entre o paciente e o clínico, visando mensurar a dimensão do sofrimento psíquico antes de iniciar uma psicoterapia e avaliar os resultados ao longo de um ano de psicoterapia. Objetivos específicos: avaliar as possíveis contribuições que existem na literatura sobre a psicopatologia fenomenológica, operacionalizando essas contribuições no tratamento clínico; do ponto de vista fenomenológico interessa-nos a forma como o paciente vai vivenciando a sua corporeidade, sua espacialidade, sua percepção temporal, seu sentido de mundo, seu campo afetivo durante o transcurso das sessões de psicoterapia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todos em conformidade com as prerrogativas da CAPPesq.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.571.123

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem delineado metodologicamente e justificado em termos teórico-conceituais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está em conformidade, redigido de forma clara e detalhando a pesquisa. Sugiro inserir os emails do pesquisador responsável e do pesquisador executante no TCLE.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_944763.pdf	08/03/2018 18:57:21		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_Direx.pdf	08/03/2018 18:56:05	Francisco Lotufo Neto	Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado.docx	08/03/2018 18:52:38	Francisco Lotufo Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/03/2018 18:52:05	Francisco Lotufo Neto	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	08/03/2018 18:49:28	Francisco Lotufo Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Tomas.pdf	08/03/2018 18:47:47	Francisco Lotufo Neto	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.571.123

Folha de Rosto	folha_de_rostro_assinada.pdf	08/03/2018 18:35:08	Francisco Lotufo Neto	Aceito
----------------	------------------------------	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 29 de Março de 2018

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovidio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO D – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos – Plataforma Brasil –
Ministério da Saúde – CONEP.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS		3922
1. Projeto de Pesquisa: Contribuições da psicopatologia fenomenológica às psicoterapias dos transtornos de personalidade: alcances e limites de um estudo clínico-fenomenológico.		
2. Número de Participantes da Pesquisa: 3		
3. Área Temática:		
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
5. Nome: Francisco Lotufo Neto		
6. CPF: 007.316.648-09	7. Endereço (Rua, n.º): ERNESTO NAZARE 387 ALTO DE PINHEIROS SAO PAULO SAO PAULO 05462000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (11) 7355-0243	10. Outro Telefone: 11. Email: franciscotelufo@uol.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>		
Data: 17 / 9 / 2017		Assinatura
INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
12. Nome: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P	13. CNPJ: 80.448.040/0001-22	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (11) 2661-7585	16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>		
Responsável: ELOÍSA SILVA DUTRA DE OLIVEIRA BONFÁ	CPF: 042.658.928-92	
Cargo/Função: Diretora Clínica do HCFMUSP		
Data: 05 / 03 / 2018		Assinatura
PATROCINADOR PRINCIPAL		
Não se aplica.		

ANEXO E – OQ.45.2_Brasil

Código: _____

OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)
Versão autorizada para investigação

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere a última semana, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se:** Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc. Por favor responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	As vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eu me canso depressa.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eu me culpo pelas coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eu me sinto irritado.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eu me sinto fraco.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu me sinto assustado/com medo.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. <i>(se não bebe marque nunca)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eu sou uma pessoa feliz.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eu trabalho muito.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Eu me sinto sem valor.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eu me sinto sozinho.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eu discuto com freqüência.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eu me sinto amado e querido.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Eu gosto de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	☐	☐	☐	☐	☐

v.s.f.--»

Traduzido e Adaptado por P.P. Machado, B.C. Machado & J.M. Klein (2002)

Código: _____

Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). (se não se aplicar marque nunca)	☐	☐	☐	☐	☐
27. Eu tenho problemas de estômago.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	☐	☐	☐	☐	☐
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. (Se não se aplicar marque nunca)	☐	☐	☐	☐	☐
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Eu tenho os músculos doloridos.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Eu me sinto nervoso.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Eu me sinto triste.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Eu tenho dores de cabeça.	☐	☐	☐	☐	☐

Traduzido e Adaptado por P.P. Machado, B.C. Machado & J.M. Klein (2002)