



Fundação Edson Queiroz  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR  
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Mestrado em Psicologia

**DELZILENE MACÊDO COSTA**

**O SENTIDO DA “CRISE” DE NATUREZA PSICÓTICA:  
DO ESTIGMA À TRANS-FORMA-AÇÃO**

**Fortaleza – Ceará  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**DELZILENE MACÊDO COSTA**

***O SENTIDO DA “CRISE” DE NATUREZA PSICÓTICA:  
DO ESTIGMA À TRANS-FORMA-AÇÃO***

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia do Centro de Ciências Humanas da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Virgínia Moreira.

Linha de pesquisa: Produção e Expressão Sociocultural da Subjetividade

**Fortaleza  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR  
2006**



**Universidade de Fortaleza – UNIFOR**  
**Mestrado em Psicologia**  
**Psicologia, Sociedade e Cultura: Produção e Expressão**  
**Sociocultural da Subjetividade**

Dissertação intitulada “*O Sentido da “Crise” de natureza psicótica: Do estigma à trans-forma-ação*”, da autoria da mestranda Delzilene Macedo Costa, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Virgínia Moreira – UNIFOR – Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Gercilene Campos de Araújo – UFC

---

Prof. Francisco Silva Cavalcante Junior, Ph.D – UNIFOR – Orientador

---

Prof. Dr. HENRIQUE FIGUEIREDO CARNEIRO  
**Coordenador do Curso de Mestrado em Psicologia – UNIFOR**

Fortaleza, 20 de dezembro de 2006.

A todas as pessoas que encontrei no caminho...  
parceiros evolutivos na jornada alquímica do encontro,  
companheiros de travessia na ambígua busca da compreensão do sentido da  
experiência vivida.

À própria vida, pela grata possibilidade de existir...e, simplesmente, Ser e,  
por trazer todos  
os que vieram,  
os que estão e  
os que ainda virão...  
pelo caminho.

## **AGRADECIMENTOS**

Prestes a receber o título de Mestre, dou-me conta de quantos mestres, no sentido mais profundo da palavra, encontrei em minha vida.

Neste sentido, incluo os meus pais, Lino e Dinair, mestres da vida no que se propuseram a fazer. Meu pai, de menino pobre na roça do interior do Rio Grande do Norte, estudando no escuro, escondido do pai, avô Antônio – “cabra medonho” do bando de Lampião - sob os auspícios e alianças com a mãe, avó Chiquinha, ao rapaz autodidata que se tornou líder sindical, nos idos da revolução; a minha mãe, professora primária no interior do Maranhão, filha da dona de casa Maria e do maquinista de trem Timóteo, dando aula montada em jegue, atravessando os rios em busca dos alunos, a única mulher que tocava piston, acordeon e violão na “orquestra” da igreja em Caxias, como ela dizia - aquela que me iniciou no que fora a parte mais difícil e transformadora de minha vida. A eles, em memória, a minha profunda gratidão pelos mestres que foram para mim.

Às minhas irmãs, pelo aprendizado nas escolhas que precisei fazer ao longo dos percursos, nos caminhos e descaminhos da vida. Especialmente grata pelos seus genuínos interesses nessa caminhada. A minha sobrinha Martha pelo suporte e ajuda nos momentos finais e ajustes na confecção desse trabalho.

Ao meu companheiro Antônio, pessoa querida, a quem reconheço com profunda gratidão, mestre em tantas instâncias do que pude e posso experienciar ao seu lado. Aos companheiros que já tive e que, cada um, em sua instância, também se fizeram mestres no que puderam me propiciar no encontro com eles e comigo mesma, por meio deles.

Aos meus amigos, conhecidos e muitos desconhecidos, que passaram e estão na minha vida e que foram e são verdadeiros mestres no que encontro e também aprendo com eles. Um especial agradecimento à amiga Ana Cláudia Freitas e a Kelma Socorro Lopes por me ajudarem, respectivamente, cada uma em aspectos tão importantes para mim, no início e no final desse processo. Ao amigo-irmão Marlos Bezerra por todas as trocas e partilhas vividas.

Às pessoas a quem acompanho na jornada de reencontro consigo mesmas e que se fazem tão importantes no processo de mestria na busca do contato comigo mesma. Ao escrever sobre esse aspecto, lembro-me de tantos “pacientes” que passaram por mim nos ambulatórios de Psiquiatria do SUS; algumas pessoas cujos nomes já nem me lembro, mas que tenho guardado em mim, a qualidade experienciada no contato com suas histórias, no trânsito do medo ao encantamento, no encontro com a fascinante dimensão do humano. Às pessoas que assim se apresentavam a mim, o meu profundo sentimento de respeito, por tudo o que viveram e me ajudaram a viver no encontro com eles e comigo mesma.

Aos sujeitos colaboradores deste trabalho, pela disponibilidade grata com a qual se dispuseram a contribuir e pelas falas e expressões emocionadas que se permitiram expressar.

Aos meus queridos mestres, referenciais da minha formação: Aidda Pultsnilk, Carmem Monaro, Cristine Day, Gislaine Assunção, Lika Queiroz, Marilene Queiroz, Pierre Weil, Petrônio Benevides, Roberto Crema, Roger Woolger, Stanislav Grof, Theda Basso, Vera Saldanha e Virgínia Moreira, meu imenso carinho, reconhecimento e respeito pelo Ser que são e pelo que manifestam no mundo na mestria daquilo que puderam e podem ensinar.

A esse respeito, um especial agradecimento à minha mestra (no sentido do termo) orientadora no percurso dessa jornada, Virgínia Moreira, que de uma maneira incrivelmente livre me deu liberdade de incluir-me neste trabalho, ajudando-me a torná-lo vivo, em meu caminho mundano, na experiência de uma possibilidade constituída de corpo/carne e alma, onde pude ser a partir de tantos múltiplos contornos, durante a construção desse trabalho; no exercício dos encontros que me chamavam à escuta das metáforas e significados que vivenciei nos seus chamados, orientações, advertências e colocações na proposta de dar forma à minha experiência vivida, nas palavras de incentivo, reconhecimento e suporte - tão importantes no desafio de compor o artesanal ofício de estabelecer as conexões em um uni-verso de tantas possibilidades e auxiliar-me a direcionar um foco para um caminho, nesse momento.

A todo o corpo docente desse mestrado que, em variadas contribuições, também me ajudaram a compor este trabalho. Um carinho especial ao professor

Clerton Martins e a professora Sylvia Cavalcante. Meu reconhecimento ao professor Henrique Carneiro. Também incluo aqui Taciana e Iratan sempre tão solícitos e disponíveis, na Secretaria do Mestrado, meus agradecimentos.

Ao professor Cavalcante Júnior, por conduzir-me à passagem pelo caminho do coração no encontro de sentidos, buscados na escrita dos textos ... sentidos.

À professora Gercilene Campos que, de uma forma muito disponível e hábil, veio somar-se a este processo com suas contribuições.

## RESUMO

Este trabalho pretende compreender como as “crises” de natureza psicótica podem se constituir em processos de crescimento, transformação e ampliação da consciência e, não apenas em experiências despotencializadoras e estigmatizantes. Para tanto, foi utilizado o método fenomenológico, a partir da lente merleau-pontyana, constituída de uma visão mundana e de múltiplos contornos, aliada a ampliação da compreensão da dimensão do humano e da vasta cartografia do inconsciente, próprias do olhar transpessoal. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando-se de entrevistas fenomenológicas, histórias clínicas e alguns registros de dados escritos. Os colaboradores foram clientes de psicoterapia, com idade compreendida entre 21 e 40 anos, sendo que do total de onze sujeitos colaboradores, sete não mais se encontram em tal processo, o que permitiu a composição de dois grupos distintos com a utilização de instrumentos diferenciados. Para o grupo atualmente em psicoterapia, formado por quatro colaboradores, foram incluídas entrevistas e história clínica. Para o segundo grupo, os registros de dados. A análise dos sentidos emergentes em cada entrevista evidenciou cinco temas: 1) A crise; 2) O Estigma; 3) O Sofrimento psíquico e a Psicopatologia; 4) Os elementos para a transformação; 5) A Mensagem Final. Estes temas se desdobraram em subtemas, que expressam os “múltiplos contornos” do vivido em uma experiência de “crise”. A pesquisa mostrou que “a crise” de natureza psicótica é uma experiência ambígua, destituída de sentido quanto ao seu caráter despotencializador, porém permeada de sentido tanto na esfera do que se manifesta no âmbito da realidade vivenciada pelo sujeito, como por vezes confusa e caótica quanto ao que é vivenciado. O estigma foi o aspecto mais emergente em seus múltiplos aspectos e contornos, destacando-se também, por parte dos colaboradores a descrição de atitudes semelhantes às que lhes causavam sofrimento com relação às pessoas que pareciam apresentar quadro de doença mental. Outro aspecto dessa ambigüidade foi, além do indesejado e difícil de sentir em uma “crise”, o destaque para o potencial transformador na experiência dos sujeitos.

**Palavras-chave:** Psicose, Estigma, Fenomenologia, Psicologia Transpessoal.

## ABSTRACT

This work intends to comprehend as the “crises” of psychopathic nature can constitute in growth processes, transformation and enlargement of the conscience and, not only in experiences of a subjective powerless feeling and a social stigmatization sensation. For so much, it was used the phenomenology as a method, specially Mearleau-Ponty approach, constituted of a mundane vision and of multiple outlines, allied the enlargement of the comprehension of the dimension of the human and of the vast cartography of the unconscious, own of the look of Transpersonal Psychology. For so much, it was accomplished a qualitative research, using itself of phenomenological interviews, clinical histories and some records of written data. The collaborators were psychotherapy clients, with age comprehended between 21 and 40 years, and from the total of eleven subject collaborators, seven not more are in such process, what it allowed the composition of two distinct groups with the utilization of differentiated instruments. For the group nowadays in psychotherapy, formed by four collaborators, were included interviews and clinical history. For the second group the data records. The analysis of the emerging senses in each interview evidenced five themes: 1) The crisis; 2) The Stigma; 3) The psychic Suffering and Psychopathology; 4) The elements for “trans-form-action”; 5) The Final Message. These themes unfolded in sub categories, which express the “multiple outlines” of the lived in a crisis experience”. The research showed that “the crisis” of psychopathic nature is an ambiguous experience, deprived of sense regarding its character of lack of power and permeated of sense so much in the sphere than if manifest in the scope of the reality experienced by the subject, as for confused and chaotic times regarding what is felt. The stigma was the most emerging aspect in their multiple outlines, highlighting as well, by the collaborators, the description of similar attitudes so that caused them suffering with regard to people who seemed to introduce picture of mental disease. Other aspect of this ambiguity was, besides the unwished feelings and difficulties involving it, the highlight for the potential transformer in the experience of the subjects.

**Words-key:** Psychosis, Stigma, Phenomenology, Transpersonnal Psychology.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
2.1 A pesquisa qualitativa	27
2.2 O método fenomenológico e a fenomenologia merleau-pontyana	29
2.3 Os instrumentos do estudo	34
2.4 Os sujeitos colaboradores	37
2.5 A análise fenomenológica dos dados	43
<b>3 POR UMA FENOMENOLOGIA DA TRANS-FORMA-ÇÃO</b>	<b>45</b>
<b>4 DO PARADIGMA EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>63</b>
4.1 Do paradigma newtoniano-cartesiano ao novo (não tão novo) paradigma holístico	63
4.2 Aspectos paradigmáticos nas políticas em saúde mental	70
4.3 Esboço histórico da determinação social das políticas em saúde /doença mental no Brasil	75
<b>5 DA PSICOLOGIA E DA PSICOTERAPIA TRANSPESSOAL</b>	<b>83</b>
5.1 Da prática psicoterapêutica transpessoal	89
5.1.1 <u>Aspectos Teóricos:</u>	94
5.1.1.1 <i>Estruturais</i>	94
5.1.2 <u>Aspectos dinâmicos</u>	96
5.1.3 <u>Técnica Transpessoal</u>	97
<b>6 DO ESPECTRO PSICÓTICO DA EXPERIÊNCIA</b>	<b>103</b>
6.1 Caminhando pelos referenciais diagnósticos	103
6.2 Considerações acerca da Cultura	109
6.3 Fenomenologia e Psicopatologia	112
6.4 Olhando um outro olhar	118
6.5 Das emergências espirituais	125

<b>7 CRISE E CAOS: A INSTITUIÇÃO DE UMA NOVA ORDEM</b>	<b>133</b>
<b>8 SOFRIMENTO PSÍQUICO: DO ESTIGMA À TRANS-FORMA-AÇÃO</b>	<b>142</b>
<b>9 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>149</b>
<b>9.1</b> Acerca dos colaboradores e suas histórias	<b>150</b>
<b>9.2</b> A análise fenomenológica das entrevistas	<b>165</b>
<b>9.2.1</b> Da crise	<b>169</b>
<b>9.2.2</b> Do estigma	<b>182</b>
<b>9.2.3</b> Do sofrimento psíquico e da psicopatologia	<b>193</b>
<b>9.2.4</b> Dos elementos para a trans-forma-ação	<b>199</b>
<b>9.2.5</b> Da mensagem final	<b>214</b>
<b>9.3</b> Alguns registros de dados	<b>216</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>225</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>231</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>237</b>
<b>A</b> Guia de Entrevista	<b>237</b>
<b>B</b> Termo de consentimento – Grupo I	<b>238</b>
<b>C</b> Termo de consentimento – Grupo II	<b>240</b>
<b>D</b> Parecer do Conselho de Ética	<b>242</b>
<b>E</b> Declaração da Revisão Gramatical	<b>243</b>

## INTRODUÇÃO

Em minha prática na clínica, como psiquiatra e psicoterapeuta transpessoal, constantemente me encontro com pessoas. Seres humanos, em processos de sofrimentos e dores. Na maioria das vezes, conflitos e experiências vividas levam-nas a manifestações de sinais e/ou de sintomas psíquicos que culminam em alguma possibilidade de hipótese diagnóstica<sup>1</sup>, no âmbito psiquiátrico. Alguns me chegam com diagnósticos auto-inferidos, outros com pesados mandatos de uma psicopatologia e uma auto-identificação com uma possível doença, forjada em torno de rótulos psiquiátricos profundamente estigmatizantes (“sou um bipolar”, “o médico disse que sou doido”, “sou esquizofrênico”) e de uma aparente única possibilidade: “o remédio que vou ter que tomar o resto da vida”.

A maioria se descreve em “crise”, ou descreve situações de “crise” em suas vidas, ou mesmo faz referências a tais contextos em suas vidas, como algo completamente caótico, inexplicável, estranho, sem sentido, absurdo, amedrontador, culposo, ou, até mesmo, ambigüamente falando, contenedor de um certo *status* de sofrimento e dor que carregam ou são “fadados a

---

<sup>1</sup> Uso a expressão hipótese diagnóstica, em vez de diagnóstico, a partir de duas considerações: a primeira, considerando que, como profissional, não tenho a dimensão de certezas acerca da vivência do outro, ao ponto de enquadrá-lo e engessá-lo numa categoria que parece determinar o que uma pessoa é; tenho sinais e ou sintomas que, manifestos, me levam a um possível quadro que se faz, para mim, como hipótese e nunca como algo determinante e cerceador de possibilidades, sendo esta consideração, às vezes, importante para eu colocá-la entre parênteses naquilo que pareço reconhecer, uma vez que me fornece alguns norteadores de caminho; a segunda, considerando que concebo o Ser humano em seu rico potencial criativo e transformador, em constante movimento, sempre se reinventando, para além de um possível rótulo cristalizado.

carregarem”, sem perceberem toda uma gama de mecanismos e ganhos secundariamente envolvidos e inconscientemente reproduzidos.

Como psicoterapeuta, lido com crises de variadas instâncias: aquelas de aspecto mais existencial, ditas de natureza neurótica, aquelas de completa (ou aparente) dissociação do que se concebe como realidade, no espectro da categoria das experiências de natureza psicótica. Tais crises, muitas vezes, são indevidamente interpretadas, diagnosticadas e, não raramente, tratadas de forma inadequada em uma atitude de reafirmação do sintoma e identificação com o diagnóstico, o que culmina em todo um extenso (melhor dizer: extenuante) processo de opressão, perda de poder e progressão da angústia e sofrimento, ou mesmo de despotencialização, o qual “se estende à incapacidade de viver significativamente”. (Moreira & Sloan, 2002, p. 130).

Na minha prática, caminho com as pessoas que acompanho, auxiliando-as a transformarem a(s) crise(s) em oportunidade(s) de tomada de consciência e de processo de crescimento. No curso desse caminho, uso a hipótese diagnóstica como uma espécie de mapa, de norte, mas com o cuidado de não confundi-la com o território; também, quando necessário, lanço mão da farmacoterapia como estratégia de suporte, com o cuidado de contextualizar aquele momento, mas não de incutir a crença de que a pessoa é o que o remédio parece poder fazer por ela.

Dessa forma, uso o recurso farmacológico como um aliado nas estratégias de suporte que nos ajudam a caminhar em busca do reencontro da pessoa consigo mesma, e que, em algumas circunstâncias, são necessárias, em função da vivência da intensidade dos sinais e/ou dos sintomas manifestos e do tempo que o processo de ressignificação e reintegração requer, o que, às

vezes, produz um descompasso em relação à magnitude das repercussões emocionais e de riscos em potenciais para a pessoa, desde o nível de sintomatologia física e suas implicações<sup>2</sup> aos múltiplos aspectos da vida relacional e, suas conseqüências no emocional, na constituição de uma mútua via de influências.

Tenho visto o quanto essas crises, em potencial, são fases desafiadoras de um intenso processo de mudança de vida. Aqui, entre outros elementos, vejo a importância do suporte psicoterapêutico como um *continenti* de sustentação para o ego<sup>3</sup>, muitas vezes envolto, ou mesmo desestruturado em meio à emergência de tantos conteúdos, inundado no caos aparente de tantas dissonâncias e “ausências de significados”, presentes na experiência vivida de sofrimento psíquico, particularmente, os de natureza psicótica<sup>4</sup>.

Ao falar em “crise” de natureza psicótica, lembro-me dos meus primeiros contatos no período de formação na residência médica em Psiquiatria, em um hospital público na cidade de Fortaleza-CE, e dos encontros

---

<sup>2</sup> Lima (1998) evidencia, pelo estudo com neuroimagens, alterações do metabolismo e do fluxo sanguíneo cerebral regional de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, sugerindo a existência de lesões fisiológicas, secundárias, associadas ao tipo de sintomas, a frequência e intensidade das crises.

<sup>3</sup> No referencial de Saldanha em *A Psicoterapia Transpessoal* (1997), o ego é concebido como um instrumentalizador da realidade da *psique*, entre outros aspectos, necessário para operacionalizar a vida cotidiana; também como um construto mental que tem a tendência a solidificar a energia mental em uma barreira (separando o espaço em duas partes: eu e o outro), tendendo a “colapsar-se” de uma forma rígida na construção de uma auto imagem, identificada com a idéia (construção mental) de si mesmo. No referencial transpessoal, trabalha-se o processo denominado “morte e renascimento do ego”, no sentido de adequada e progressivamente restabelecer a comunicação de vários “níveis” do indivíduo, aparentemente fragmentados na experiência dual e trabalhar no desapego das imagens parciais, reavendo o sentido do contato com as experiências e as emoções verdadeiras e mais amplas, na dimensão além da pessoa/imagem (*trans*-pessoal), o que possibilita o direcionamento da energia egóica para propósitos mais amplos à vida do indivíduo.

<sup>4</sup> Na prática da clínica, parece-me que nas experiências de natureza psicótica, num certo sentido, estou lidando com uma espécie de “inundação” ou mesmo “aniquilamento” do ego, o que, dada a intensidade desse processo, inviabiliza a integração da experiência naquele momento e, por vezes, mesmo após a chamada “crise”, permanecendo uma gama de conteúdos, aparentemente fragmentados, como material latente fomentador de angústia, sofrimento, medo e mais ausência de sentido – cenário que, somado a toda uma diversidade de fatores, parece propício para novas e cronificadas “crises”.

com as pessoas que adentravam aquele Serviço, todas provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria em vivências de tal natureza. Naquela ocasião, as via no setor de emergência, nos chamados surtos e depois as acompanhava nas enfermarias.

Nos encontros com essas pessoas, muito além de “casos”, encontrava também toda uma diversidade de condicionantes sociais, culturais e ideológicos presentes, importantes elementos de uma experiência vivida e sentida em seus corpos e *psique*<sup>5</sup>, no que formara toda uma evolução, toda uma experiencição com o sofrimento e a doença, constituindo uma espécie de “fenomenologia do adoecimento”. Por outro lado, também percebia o que era auxiliá-las e caminhar com elas - algumas, na restituição, ou mesmo reconstrução, de todo um processo de crescimento, em toda uma espécie de “fenomenologia da trans-forma-ção”<sup>6</sup>.

Nesse caminho, sentia que ia aprendendo a tornar-me presente, a apurar meus olhos, ouvidos e coração e no encontro com elas (e comigo através delas), fui me dando conta de tantas nuances relativas a uma estória de vida e a natureza única e particular de uma pessoa. Apesar desse elemento único, encontrei em comum o fato de que todos tinham meios para empreender pelo menos alguma reconstrução, extraindo uma ordem nova do então *caos* reinante. Via o quanto estes recursos estavam presentes nos corações, nas

---

<sup>5</sup> É atribuído a Sócrates o uso do termo *psique* no sentido de alento, sopro de vida, alma. Esse vocábulo, hoje, é usado correntemente em Psicologia, em ampla diversidade de sentidos, que vão desde o que denota mente, espírito, alma ou mesmo psiquismo. No mito, *Psique* simboliza o princípio de alma, a qualidade da vida que se transforma; o próprio amor do *self* que, a partir de *psique*, por sua jornada heróica a caminho da individuação, transforma-se em amor humanizado.

<sup>6</sup> Utilizo trans-forma-ção no sentido da ação de ir além da forma; desenvolvo esse aspecto no capítulo 3.

mentes, nos corpos, nas consciências ... nas múltiplas e variadas instâncias do grande e inesgotável espectro chamado pessoa.

Vistos a partir de uma perspectiva diferente, foram vários os diagnósticos reformulados e desdobrados em outras hipóteses diagnósticas, as modificações no suporte farmacológico e os manejos que construíam a alquimia de tantos encontros. Essa era uma extensa e fascinante jornada de encontro com o outro e comigo, em tudo que aquilo me suscitava: do medo sentido em meu corpo ao encantamento de minha alma, ao encontrar naquele aparente mundo sem sentido, um trans-forma-a-dor processo de encontro com o outro, e, também, de re-encontro comigo.

Dou-me conta de que, a princípio, estou falando da trans-forma-ação em mim mesma, quando, apesar de toda a resistência inicial de adentrar os muros da construção manicomial e os portões de ferro selados com cadeados nas enfermarias (pois me colocava contra a instituição manicomial), pude encontrar a pessoa em mim, agora não mais somente no nível do autoconhecimento “artesanal” do meu próprio processo psicoterapêutico e na minha prática como psicoterapeuta, mas na vivência “em série” de múltiplos aspectos do que todo aquele caos, transbordante naquela aparente ausência de sentido, me solicitava... à medida em que atravessava os portões (ou os portais) ... de ferro, selados com cadeado, e exercitava o aprendizado de tornar-me... pessoa!

Fui acessando o sentido de estar ali, envolta no processo que vivenciava naquela experiência e em toda sorte de estranhamentos possíveis, e o sentido que era encontrar a ação de ir além da forma (trans-forma-ação) do que concebia em mim mesma ou de mim própria.

Naquela situação, mesmo circunscrita um ambiente manicomial, eu via o quanto a presença e a escuta evocavam a presença e a escuta de si naquelas pessoas e o processo de desidentificação com o rótulo diagnóstico; o quanto isso propiciava a construção de um suporte e o processo de reconstrução de uma referência “re-potencializadora” do Ser<sup>7</sup> daquelas pessoas, tão despotencializadas diante da vivência da crise e da internação psiquiátrica. Com algumas pessoas, era possível ir e avançar, dentro daquele momento, quando a medicação (embora em uma formação psiquiátrica) era, para mim, só mais um elemento na contribuição desse suporte, com outras, percebia toda uma série de fatores<sup>8</sup> e condicionantes, muitas vezes, impeditivos ao processo.

Fui encontrando na minha prática na clínica, além do ambiente hospitalar, cada vez mais, pessoas que me chegavam à busca de suporte profissional, no consultório clínico. Em um ambiente mais propício no âmbito do trabalho psicoterapêutico, vi, nesta prática, pessoas com pesados rótulos diagnósticos transcenderem a determinação nosológica e recobrem verdadeiros processos de trans-forma-ção, transcendendo um limiar muito

---

<sup>7</sup> A partir do referencial transpessoal, estabeleço Ser no sentido de Consciência, ambos os termos usados com inicial maiúscula e consciência, com inicial minúscula, respectivamente, para expressar, de um lado, a plenitude de tudo o que É e, de outro, a consciência psicológica que se manifesta individualmente, ou mesmo como estados de consciência, assim como no coletivo da humanidade, concordando com o que expressam Basso e Pustilnik, em *Corporificando a Consciência*, 2000.

<sup>8</sup> Na minha observação: idade, condição econômica, social e cultural, suporte familiar e de pessoas afins, natureza dos sintomas psicóticos e de ganhos secundários envolvidos e, principalmente, a frequência constante de crises se constituíam como fatores algo mais limitadores ao processo. Esse último elemento pareceu o mais diretamente associado ao prejuízo do potencial trans-forma-a-dor das vivências das “crises”, o que, por sua vez, me parece associado a um grau maior e mais comprometido do construto egóico, a natureza dos ganhos secundários envolvidos em múltiplas crises e, possivelmente, a extensão de possíveis lesões fisiológicas associadas a alterações do metabolismo e do fluxo sanguíneo cerebral regional (neste último aspecto, vide Lima, 1988).

tênue entre loucura e transformação - um dos aspectos que pretendo abordar no decorrer deste ensaio.

A partir da minha experiência clínica, passei, então, a conceber o encontro com a pessoa em crise e sofrimento psíquico como um encontro que trans-cende e trans-forma, numa alquimia muito além da “psicopatologia” possível em uma pessoa. Esta idéia passa por admitir, experienciar, trazer à tona conteúdos de uma vivência singular que, pautada na visão de mundo, de homem e de si, busca elaborar toda uma percepção de pessoa, ou mesmo do humano, em uma espécie de parceria de construção (ou re-construção), que inclui o revolucionário potencial de crescimento de uma pessoa.

Como cuidadora em saúde mental e na perspectiva de que os cuidadores também são sujeitos singulares de sua história, como individualidades, concebo o quanto se precisa apropriar desse encontro que os múltiplos cenários desvelam. Antes: todas precisam se apropriar de cada qual como agentes da consciência, do auto-conhecimento e da autotransformação que se diz estudar ou mesmo cuidar, pois é diante do encontro com a experiência vivida que se atua, uma vez que se está e se é na experiência; é a partir dos referenciais de homem e de mundo que cada um constitui como vetores de alienação e perpetuadores de estigmas vários ou de transformação criativa, da imagem do homem e da imagem de pessoa que se adota.

A visão que postulamos a respeito do ser humano, consciente ou inconscientemente, modela a nossa atitude frente ao mesmo. A partir desta visão é que definimos o que é saúde o que é patologia, o que é qualidade e o que é miséria humana. Esta constatação

evidencia a imprescindível tarefa de esclarecer os nossos pressupostos antropológicos, sobretudo para os educadores, terapeutas e demais facilitadores do desenvolvimento humano. Portanto, é triste e trágico constatar a alienação da maioria das pessoas, inclusive profissionais da área educacional e da saúde, com relação aos seus postulados antropológicos. Neste caso, é o inconsciente individual que prevalece, determinando a atitude básica da pessoa consigo mesma, com os outros e com o universo. Lapidar e atualizar uma visão do ser humano consciente e lucidamente, de forma a poder sustentá-la e transmiti-la, na prática do exercício cotidiano, é um pré-requisito indispensável à maturidade e responsabilidade do agente de saúde em nível individual, social e ambiental (Crema, 2002, p. 17-18).

Dessa forma, percebo o quanto estou diretamente implicada nisso, uma vez que foi também a partir da minha vivência como pessoa, psiquiatra e psicoterapeuta transpessoal, no encontro com as pessoas que acompanho, que despertei para o que estava vivenciando na experiência e a proposta de estruturar cientificamente o que encontro em minha prática/vivência com o que está posto, indo um pouco mais além, naquilo que me é particular e, no que imagino, posso vir a contribuir.

A partir da minha experiência na constituição desse caminho com o outro, muitas reflexões me vieram, as quais foram determinantes para que buscasse o caminho da estruturação científica e acadêmica do que experimentei como pessoa, também implicada na vivência desse processo. Como assinala Perls (1987), “a ciência, por mais pura que seja, é o produto de

seres humanos engajados na fascinante aventura de viver suas vidas pessoais” (p. 167).

Também compartilho aqui do pensamento de Wright Mills (1980), quando se refere ao cientista/pesquisador como aquele “que deve aprender a usar a experiência de sua vida no seu trabalho continuamente” (p. 212) e o quanto “devemos usar o que vemos e o que imaginamos como chaves para nosso estudo da variedade humana” (p. 242). Nesse sentido, o autor se refere à ciência como uma espécie de ofício e se reporta ao que chama de artesanato intelectual, sendo o pesquisador, “artesão intelectual” que usa a experiência da vida no próprio ofício, sendo esta “a empresa mais apaixonante de que o ser humano é capaz” (p. 240).

Ao conceber este trabalho, busco a investigação acerca da experiência vivida como matéria-prima na arte de executar esse ofício; utilizo o referencial da Psicoterapia Transpessoal como ferramenta de composição do trabalho e a visão de alguns autores da área em estudo, como lentes que me auxiliam a ampliar o objeto trabalhado, na composição do que busco investigar.

Reporto-me, no entanto, à expressão do vivido como metáforas constituintes de unidades, tecido conectivo na composição da experiência vivida, onde múltiplos cenários de experiências se interpenetram, em vários níveis dessas no fluxo de interações que me ocorrem ao introduzir um trabalho de pesquisa nesse artesanato, que é compor o tecido que sustenta o sentido dessa proposta.

A partir destas considerações, reporto-me à imagem desse tecido complexo, formado na arte de compor uma obra, com a apresentação de pontos tecidos a partir de uma estrutura de pesquisa qualitativa, elaborada com

início na visão de que a experiência vivida de cada sujeito permite reconhecer, que traz a *imagem em ação*, movimento, *re-união* de itens aparentemente isolados... na imaginação e no ato de criar com origem no inusitado e do sentido, da escuta, do manejo... desde a diversidade e a complexidade que ajudam a compor e a ampliar a visão, o olhar que reconstitui com arte, a obra definida com base em múltiplas facetas do amplo e inesgotável espectro de possibilidades a serem percebidas na experiência vivida do humano.

Nesta pesquisa, utilizei o método fenomenológico (Moreira, 2004), criando tais pontos por meio do uso de fichas clínicas, histórias clínicas, alguns registros disponibilizados pelas pessoas ao longo dos encontros terapêuticos, além da *entre-vista* fenomenológica, na busca de identificar os sentidos emergentes, elaborar e escrever a respeito das interlocuções possíveis...nos olhares, pensares, falas e saberes ...até onde foi possível perceber para esse momento.

Estou ciente de que, dentre os elementos que se apresentam em uma possível “crise” de natureza, psicótica é exatamente em relação ao senso usual de realidade, na aparente falta de sentido no que é vivido e experienciado, que se expressa toda uma gama de aspectos que caracterizam a natureza de tal experiência. Essa condição parece demonstrar a expressão de uma possível ruptura com a realidade, o que vem a parecer bizarro, sem nexo, sem sentido – culminando em toda uma série de variedades de atitudes e de comportamentos, no mínimo, ditos como estranhos...; em plena

emergência e vivência de um mundo aparentemente “sem sentido” e sem significados<sup>9</sup>.

A experiência vivida por muitas pessoas que, em estados a princípio considerados psicóticos pela Psiquiatria ocidental, vivenciaram uma extensa sorte de fenômenos da consciência (extensamente estudados em Psicologia Transpessoal) demonstrou que muitos dos aspectos vivenciados na experiência da crise, diagnosticados como psicose e tratados indiscriminadamente com medicação supressiva, são na realidade estádios difíceis de radical transformação da personalidade, como refere Grof e Grof (1990), traduzindo “a ânsia pela transcendência e a necessidade de desenvolvimento interior como aspectos básicos e normais da natureza humana... além disso, muitos episódios difíceis de estados incomuns de consciência podem ser vistos como crises de transformação e de abertura espiritual”<sup>10</sup> (p. 39).

Nesse sentido, o pictograma chinês no *I Ching* (citado por Grof & Grof, 1989, p. 27), que simboliza a palavra crise, é uma composição das palavras perigo e oportunidade. Ao mesmo tempo, crise tem a mesma etimologia de criar, que, por sua vez, sugere “dar existência, gerar, formar, dar origem a, instituir” (Ximenes, 1999, p.195) – o que descortina também o potencial criativo desse momento de vida. Ao mesmo tempo, em se falando de

---

<sup>9</sup> Nesse sentido, encontro, inclusive em pessoas de condição social e cultural mais elevada, freqüentemente, a referência: “falando asneira”, “dizendo coisa sem lógica”, “falando heresia”, “dizendo coisa sem sentido” no que se refere à descrição do que a Psiquiatria classifica como delírio ou idéia delirante, no âmbito da Psicopatologia.

<sup>10</sup> Grof e Grof em *Emergência Espiritual* (1989) expressam que um número crescente de pessoas parece estar percebendo que a abertura para a verdadeira espiritualidade se baseia na experiência pessoal, sendo a espiritualidade *algo que caracteriza o relacionamento entre a pessoa e o universo* (grifos meus) e não requer, necessariamente, uma estrutura formal, um ritual coletivo ou a meditação feita por um sacerdote; como uma dimensão extremamente relevante e essencial da vida, sendo a capacidade de crescimento espiritual tão natural quanto a disposição do corpo acerca do desenvolvimento físico.

experiências de natureza psicótica, é de uma pletora de fenômenos vividos de natureza aparentemente caótica e sem sentido que estou diante. A cada dia, no entanto, a ordem implícita no caos é demonstrada em todo um processo reorganizador como parte inerente da dinâmica da vida.

Dessa forma, inicio da questão: não poderia então a crise de natureza psicótica, em vez de ser vivenciada como culpa, estigma de fracasso, perda progressiva do poder trans-forma-a-dor, perda da capacidade de autogestão, muitas vezes, a instalação e congelamento no próprio caos, ser a emergência de uma nova ordem, uma oportunidade de trans-forma-ação, inclusive, revestida de significados emergentes? Na minha experiência, tenho visto que sim, porém, me pergunto que fatores, de fato, seriam determinantes ou essenciais para ir além do possível estigma que tal vivência reproduz, possibilitando a travessia e integração dos conteúdos da(s) experiência (s) vivida (s)? Assim, busquei investigar, justamente, mediada pelo sentido da crise, questões acerca desse tema e compor este trabalho, a partir dos seguintes objetivos:

### **Geral**

Investigar como as crises vivenciadas por pessoas em sofrimento psíquico, com hipótese diagnóstica de transtorno de natureza psicótica, podem se constituir em processos de crescimento, trans-forma-ação e ampliação da consciência, e não apenas em experiências despotencializadoras e estigmatizantes.

### **Específicos**

- Compreender o sentido ambíguo da crise na experiência do sofrimento psíquico no âmbito psicótico.

- Investigar acerca da vivência do estigma nas experiências de natureza psicóticas, a partir da visão de si e da perspectiva do que é encontrado na experiência com o outro (família, amigos, trabalho etc).

- Identificar elementos importantes como agentes estigmatizadores e/ou transformadores à vivência e integração da crise vivenciada.

## 2 METODOLOGIA

Discorrer a respeito da metodologia é também falar acerca do caminho, da trilha escolhida para nortear-me na proposta de execução deste experimento. Cunha (1982) define método, do grego, *méthodos*, de *meta* e *hódus* como “via, caminho” (p. 517). Trata-se, então, do caminho que tracei, no passo-a-passo de buscar compor estruturadamente o ato de se “tentar juntar o que está fazendo intelectualmente e o que está experimentando como pessoa” (Wright Mills, 1980, p. 212).

Foi no processo que vivenciei na execução dessa etapa do caminho que fui experienciando um dos momentos mais ricos dessa jornada, tanto no que pude valorar e me apropriar como o sentido desse trabalho, como no que senti no encontro com os sujeitos colaboradores desta pesquisa, como na produção de muitos escritos ... sentidos, no desafio de colocar o coração, em uma expressão elaborada, criando narrativas que fui podendo fazer e na transform-ação<sup>11</sup> que vivenciava a cada passo, vivendo a minha própria fenomenologia da trans-forma-ação.

Lakatos e Marconi (2003) referem o método como um conjunto de atividades sistemáticas que possibilitam alcançar determinado objetivo, configurado em elementos válidos. Tais atividades sistemáticas, ou tal sendo para mim, tomou o curso do método fenomenológico – estrada que escolhi, na

---

<sup>11</sup> Referência ao termo grafado pelo Prof. Cavalcante Júnior (2005) no livro organizado pelo mesmo: *Ler ... caminhos da trans-form-ação*, e suas colocações acerca da arte de ler e escrever e da permissão de sentir, expressar e inventar no curso do processo de tornar-se autor, no “empoderamento” do valor que trans-forma, na manifestação de sermos agentes de letramentos que seguem o caminho ... do coração.

busca de compreender o significado da experiência vivida na crise de natureza psicótica ou, melhor expressando: o sentido dessa experiência, no que busquei articular com os objetivos propostos para este trabalho.

Também me pautei em Bordieu (1998), quando este exprime a escolha do método como algo que comumente define a filiação do pesquisador a determinada escola ou tradição de pensamento. Nesse sentido, a fenomenologia tem afinidade com a minha prática na clínica de Psiquiatria, bem como em Psicoterapia Transpessoal<sup>12</sup>.

Por outro lado, compreendo que o método fenomenológico é o que melhor se aplica à natureza do objeto pesquisado, “partindo do princípio que não há metodologias “boas” ou “más” e, sim, metodologias adequadas ou inadequadas para tratar um determinado problema” (Alves, 1991, p. 58).

O método fenomenológico, com base na filosofia de Merleau-Ponty, busca, neste estudo, os sentidos e significados da experiência vivida na chamada crise de natureza psicótica, sendo esta uma pesquisa qualitativa que utiliza instrumentos adequados ao método, como recursos que viabilizaram a execução dos objetivos propostos.

---

<sup>12</sup> Com suas origens a partir de uma base humanista, ou, posteriormente, trans-humanista, foi também a partir das descrições do vivido, da busca de significado da experiência e a constatação dos sentidos, das percepções e significados do que as pessoas, à época, vivenciavam - que toda uma ampliação acerca dos fenômenos da consciência foi concebida, considerando uma extensa cartografia da consciência, importante referencial na compreensão da experiência transpessoal, o que coloco com mais propriedade no capítulo 5.

## 2.1 A pesquisa qualitativa

A partir da natureza do meu objeto de estudo, optei por uma pesquisa qualitativa, considerando o referencial de Minayo e Sanches (1993), para quem sistematizar uma pesquisa a partir dessa abordagem requer “a arte da expressão da leitura da realidade pesquisada, no encontro de construções entre pesquisador e pesquisado e a construção de novos significados, pois: é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma à abordagem qualitativa” (p. 244), uma vez que esta “se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (p. 245).

A este respeito, Minayo (1995) assinala que “o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável” (p.22), o que não significa aqui uma oposição às abordagens quantitativas, mas apenas a adequação do objeto de pesquisa ao que parece melhor corresponder à natureza do estudo proposto, o que se fez, por si, determinante na escolha deste tipo de pesquisa para efetivar a presente investigação.

Uma vez que, nesse estudo, busco apreender significados atribuídos pelos sujeitos com relação a um dado fenômeno – a crise de natureza psicótica – a considere adequada, pois esta é empregada para a compreensão de fenômenos assim expressos, tipicamente por uma considerável complexidade interna, “sendo o material primordial desta, a palavra que expressa a fala

cotidiana” (Minayo & Sanches, 1993, p. 245), o que se aplica no caso em questão, considerando a complexidade implícita que envolve o campo da subjetividade de uma experiência vivida de crise, no âmbito do sofrimento psíquico e ou da psicopatologia.

Na pesquisa qualitativa, destaca-se a inter-relação do pesquisador com o campo ou o sujeito, a partir do contato direto, demandando o estabelecimento da relação necessária com o(s) sujeito (s) envolvido(s) e o conjunto de significantes e significados que cada um representa e expressa em si e na relação. Dessa forma, como discorre Alves (1991), esta requer sensibilidade, coerência e bom senso diante da dinâmica de aproximação e afastamento que emerge, necessária perante a formulação de que o investigador participa, imerso em um contexto holístico, tecido por toda uma sucessão de interações e influências recíprocas pertinentes ao processo.

A natureza da pesquisa qualitativa, ou compreensivo-interpretativa na referência de Turato (2003a), é bem peculiar, abrigando uma complexidade de perspectivas e uma visão alargada do que se pretende e como se concebe a partir de uma visão holística, quanto à questão do todo. Um dos desafios deste modelo, no entanto, é se fazer compreender e expressar-se sob o referencial científico, com a consistência e coerência necessárias para auto-sustento, o que me propus realizar, configurando esta como uma pesquisa qualitativa fenomenológica.

## 2.2 O método fenomenológico e a fenomenologia merleau-pontyana

O método fenomenológico se volta para a compreensão do significado dos fenômenos, importando a significação dada pelo próprio sujeito da pesquisa (Forghieri, 1993).

Para AmatuZZi (1996), a pesquisa fenomenológica é “o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método”. (p.5). Moreira (2004) faz referência aos vários tipos de pesquisas fenomenológicas, citando várias fenomenologias e apontando para o elemento comum entre elas: onde “a busca do significado da experiência será sempre o fim último da pesquisa fenomenológica” (p.450), o que corrobora o que Creswell (1998) exprime, quanto a um estudo fenomenológico descrever o significado das experiências vividas para vários indivíduos com relação a um conceito ou *a um fenômeno*.

É, portanto, uma pesquisa dirigida para significados, ou seja, para expressões claras sobre as percepções que o sujeito têm daquilo que está sendo pesquisado, as quais são expressas pelo próprio sujeito que as percebe. Desse modo, o foco se dirige para o que os eventos ou fenômenos descritos significam na compreensão dos sujeitos da pesquisa, na crença de que verdades essenciais acerca da realidade são baseadas na experiência vivida e não no estabelecimento de definições rígidas a priori acerca do tema (Moreira, 2002).

Diante do uni-verso de significados e significantes de possibilidades do experienciado e do vivido em uma dada situação, é complexo e dinâmico o fenômeno infinito de tentar conhecer acerca da experiência do humano.

Nesse sentido, Moreira (2001) refere Mearleau- Ponty, no que ele concebe acerca do conhecimento ser sempre incompleto, uma vez que não existe um saber absoluto e a verdade é um movimento que se vai constituindo no campo perceptivo e que se caracteriza por insondável mistério, com uma gênese perpétua, sempre aberta, o que “se trata de desvelar o mistério que se dá pelo infinito e inesgotável recomeço”. (p.259).

Nesse método, para se chegar à vivência, ao fenômeno em si, é necessário utilizar o recurso da redução fenomenológica.

A redução fenomenológica consiste em retornar ao mundo da vida, tal qual aparece antes de qualquer alteração produzida por sistemas filosóficos, teorias científicas ou preconceitos do sujeito; retornar a experiência vivida e sobre ela fazer uma profunda reflexão que permita chegar a essência do conhecimento, ou ao modo como este se constitui no próprio existir humano (Forghieri, 1993, p.59).

É possível dizer que o método fenomenológico (Moreira, 2004) tem como base os seguintes aspectos:

1 a prática da redução fenomenológica, há pouco citado, em que, para o pesquisador, a redução é um artifício para revelar o mundo, ou seja, duvidar deste mundo para dar-se conta dele, sendo a verdade um elemento em

constituição, não um estado. O pesquisador põe em suspenso seus pensamentos, interesses, pressupostos e idéias pré-concebidas;

2 o foco na descrição da experiência – o pesquisador explora o significado da experiência vivida para os indivíduos e pede a estes que descrevam suas experiências vividas em relação ao fenômeno pesquisado;

3 a relação intersubjetiva estabelece, entre pesquisador e sujeito colaborador, seus conteúdos e os envoltórios decorrentes desta relação. O pesquisador atua como facilitador do acesso ao vivido, pois, muitas vezes, as pessoas nunca falaram sobre suas experiências. O vivido surge na relação intersubjetiva do sujeito com o pesquisador e os dois são afetados.

A metodologia fenomenológica na pesquisa é objeto de variações e influências, de acordo com o pensamento filosófico. A esse respeito, Creswell (1998) destaca ser “fundamental ter uma base filosófica assentada na fenomenologia, para que se possa atuar como pesquisador” (p. 45), pois:

Devemos escolher uma fenomenologia para examinar um fenômeno e, o significado que representa para os indivíduos. Devemos estar preparados para entrevistar os indivíduos, fundamentar o estudo em conceitos filosóficos de fenomenologia, seguir procedimentos pré-determinados e terminar com a essência do significado (Creswell, 1998, p. 46).

Creswell, na obra citada, escreve acerca da fenomenologia, relatando que os fenomenólogos estudam a experiência humana. O estudo tem raízes nas perspectivas filosóficas de Edmund Husserl (1859-1938) e nas

discussões que acompanharam Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty, tendo sido usado nas ciências humanas e sociais, especialmente em Sociologia, Psicologia, Enfermagem e Ciências da Saúde, bem como na educação. Dentre as várias fenomenologias possíveis, “o que será diferente será o modo de compreensão do significado da experiência. Tal modo poderá ser uma compreensão idealista e aí a descrição buscaria alcançar a essência, dentro de um modelo Husserliano mais tradicional ou poderá ser uma compreensão mundana, de múltiplos contornos, dentro da visão Merleau-Pontyana, eminentemente crítica” (Moreira, 2004, p. 450). Fenomenologia esta que escolho como a lente que compreende o foco, neste trabalho.

Ao contrário da fenomenologia husserliana, que busca a essência dos fenômenos, Merleau-Ponty (1945/1999) acentua que “a essência está na existência”, buscando-se o significado da experiência vivida, em uma concepção de homem, que é fundamentalmente mundano, no sentido em que existe e se constitui mutuamente no mundo, sendo na intersecção do homem com o mundo e pela prática da redução fenomenológica que o pesquisador poderá alcançar a realidade, sabendo que esta, por sua vez, será sempre uma tentativa, nunca sendo realizada completamente, justamente por conta de sua mundaneidade. (Moreira, 2004). Assim, é na existência e na experiência que a fenomenologia merleau-pontyana tem seu alcance, com todas as suas nuances de inserção no mundo.

Merleau-Ponty (1945/1999) critica o chamado idealismo transcendental, indo para a existência factual em fenomenologia, uma vez que “a fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da

consciência, por exemplo. Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua “facticidade””. (p.1).

Nesse sentido, me reporto também à expressão das metáforas do vivido, como unidades, tecido conectivo na composição da experiência vivida, na qual múltiplos cenários de experiências mundanas interpenetram-se, em vários níveis dessas, no fluxo de interações e integralidade entre corpo e mente, do ser e estar-no-mundo também no sentido corporal, já que é o corpo veículo do sensório e também da percepção da experiência, como exprime Merleau-Ponty (1945/1999), referindo o corpo não mais como objeto do mundo, mas como meio de comunicação com ele, como horizonte latente de experiência, presente sem cessar, antes de todo pensamento determinante.

Merleau-Ponty (1945/1999) assegura: “eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam o meu corpo ou o meu “psiquismo”, eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência. Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada” (p.3).

Na fenomenologia merleau-pontyana, é proposta uma abordagem direta dos fenômenos, a partir do vivido, desconsiderando as explicações causais da Ciência, uma vez que “todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se quisermos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda”. (p.

3). Para o filósofo, “o real deve ser descrito, não construído ou constituído” (p. 6), uma vez que se trata de descrever, não de explicar ou analisar.

Ao escrever a respeito, me dou conta de que conceber o humano na experiência também é conceber-se a si mesmo a partir de múltiplas vozes, muitas escutas, multiplicados olhares ... “múltiplos contornos” parafraseando Moreira (2001, 2004). Em determinada época, contexto, cultura, forma de ser e estar, esses elementos, entre outros, transformam o método fenomenológico, sob a lente merleau-pontyana em ferramenta crítica na instância do fenômeno pesquisado, na busca da apreensão do significado da crise de natureza psicótica, em um processo de copiosas possibilidades e, também, de numerosos contornos.

### **2.3 Os instrumentos do estudo**

Para fins de realização desta pesquisa, optei pelo uso de:

- histórias clínicas;
- fichas clínicas;
- registros de dados; e
- entrevistas fenomenológicas semi-estruturadas

Tais instrumentos compuseram um conjunto propício à execução deste ensaio, constituindo um roteiro metodológico no qual me pautei, em

função do material já disponível do meu exercício clínico e da minha vivência no contato com esses instrumentos, à exceção das entrevistas fenomenológicas, que precisei realizar. Foi como trazer a essa elaboração elementos que já existiam e compor deliberadamente um arcabouço que se estruturou como ferramentas propícias à compreensão elaborada e metodologicamente pautada, implicada na arte do aprendizado de manusear instrumentos na confecção de um trabalho científico.

Como um dos instrumentos mais utilizados em fenomenologia, a entrevista prima pelo contato e pela experiência. Especialmente indicada para o levantamento de experiências, a *entre-vista* traz a particularidade que traz Webster, citado por Turato (2003b), em uma concepção etimológica de “entre olhos”, “no meio dos olhos” ou mesmo: “ver-se mutuamente”, na formulação de se ver por entre, na relação do espaço através da vista, do contato que o ato de ver promove em uma dinâmica interação.

A entrevista também constitui instrumento de produção de sentido e de elaboração ou apreensão de uma realidade buscada, pois, como refere Spink (2000), “em uma entrevista estamos, a todo momento, convidando os participantes à produção de sentidos” (p. 45), possibilitando não só a obtenção formal de respostas, mas também antes a interação em um diálogo mais profundo, visto ser a entrevista, “uma comunicação que reforça a importância da linguagem e do significado da fala” (Cruz Neto, 1996, p. 57).

Dos tipos possíveis, parece haver certo consenso em apontar maior aplicabilidade das entrevistas semi-estruturadas, tendo no roteiro “um mecanismo para a orientação de uma “conversa com finalidade”, um facilitador

de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (Minayo, 1992, p. 99).

Assim, após a execução das etapas que precederam os procedimentos éticos que envolviam a proposta e os termos da pesquisa, prossegui as entrevistas no ambiente do consultório clínico, em um tempo exclusivamente criado para esse fim, mediante acordo prévio com cada um dos colaboradores. Estas foram gravadas em fita cassete e duraram, em média, de 1h à 1h e 30 minutos.

Também solicitei aos entrevistados que escrevessem um registro da experiência vivida de crise, o que deixei como livre escolha.

As histórias clínicas apresentadas pertencem aos sujeitos entrevistados.

Constitui o segundo grupo de trabalho, com o qual utilizei registros de dados, em sua maioria, trazidos espontaneamente pelas pessoas, contendo material produzido durante o período em que foram acompanhadas em psicoterapia por mim, composto basicamente de escritos e poesias \_ a maioria, expressões de toda uma experiência vivida. Também fichas clínicas do manuseio clínico. A diferença nesse grupo é que eles já não se encontram mais em acompanhamento psicoterapêutico comigo. Todos os que foram incluídos foram devidamente contactados, conforme detalho no item 2.4.

Também empreguei o que Moreira (2004) chama de metodologia de pesquisa intimista, a qual inclui excertos ou trechos das falas do próprio sujeito colaborador, além dos significados alcançados mediante análise fenomenológica, no intermeio do que apreendi durante as etapas que o

processo requer e a interlocução traçada com a minha experiência vivida no encontro com essas pessoas.

#### **2.4. Os sujeitos colaboradores**

Os colaboradores da pesquisa foram escolhidos sob o critério de amostragem deliberada ou intencional, sendo nesta que ocorre a busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco e/ ou têm conhecimento sobre ele (Turato, 2005), escolhendo-se livremente aqueles cujas características pessoais possam trazer informações substanciais sobre a temática em estudo (Turato, 2003a).

Para a realização das entrevistas fenomenológicas, selecionei seis pessoas acompanhadas por mim na prática psicoterapêutica (podendo ou não ser acompanhadas por mim, em Psiquiatria), mediante o critério que condiciona a participação: haver vivenciado pelo menos uma experiência de natureza dita psicótica, pelos referenciais dos critérios diagnósticos da Psiquiatria.

Neste aspecto, considero aquelas impressões diagnósticas que possam ter sido propostas por mim ou mesmo por outro colega, para aqueles que acompanho somente em psicoterapia (uma vez que nessa condição, não os estou acompanhando como psiquiatra), ou mesmo aqueles que, já me chegaram com esta impressão diagnóstica, vindo de um outro profissional, independentemente de minha concordância ou não com essa possibilidade.

Uma vez que em um dos meus objetivos também me proponho a investigar acerca da vivência do estigma nas vivências de natureza psicóticas, acredito que esta impressão diagnóstica, independentemente de confirmada ou não, já poderia se caracterizar como um elemento contribuinte.

Além do critério há instantes citado, também inclui a necessidade de que:

- a pessoa estivesse atualmente em acompanhamento comigo, pelo menos do ponto de vista psicoterapêutico;

- estivesse vivenciando uma condição de estabilidade emocional, totalmente fora da possibilidade de uma possível vivência de natureza psicótica, no momento;

- parecesse convencida de que sua participação nesta pesquisa não prejudicaria a continuidade de seu processo psicoterapêutico e de seu vínculo comigo; e

- caso concordasse em participar, assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido.

Escolhi o número de seis pessoas, por este corresponder aos critérios de inclusão neste trabalho, para esse momento. Sabendo que em uma abordagem qualitativa a amostragem não se baseia em expressões numéricas, percebo que esses sujeitos se fazem expressivos pela singularidade de suas experiências, de suas histórias e do sentido particular da vivência de cada um.

Dos seis sujeitos selecionados, todos prontamente concordaram. A escolha recaiu em três homens e três mulheres, não tendo sido essa

equivalência em gênero algo intencionalmente buscado. Realizei, no entanto, quatro entrevistas, pois, no decorrer do trabalho, um precisou viajar subitamente para assumir um emprego em outra cidade e o outro teve uma doença infecto-contagiosa que solicitou repouso e isolamento. Efetivei a entrevista com dois homens e duas mulheres. Todos são adultos jovens, variando de 21 aos 40 anos.

Havia solicitado aos sujeitos entrevistados que escrevessem um registro da experiência vivida de crise, o que deixei como livre escolha. Dos quatro colaboradores disponíveis, apenas um sujeito iniciou esse registro específico, no entanto não houve tempo hábil para recebê-lo. Outro, antes de eu propor, dissera que gostaria de fazê-lo, no entanto, em função do período em que necessitei desse material, o mesmo não dispunha de tempo para produzi-lo. Os outros dois afirmaram que achavam bem melhor se expressarem verbalmente.

A partir da condição básica de haver vivenciado pelo menos uma experiência de natureza dita psicótica, pelos referenciais dos critérios diagnósticos da Psiquiatria, havia um segundo grupo de pessoas que já não estavam mais em acompanhamento psicoterapêutico comigo, mas que eu tinha registros de dados que me foram trazidos voluntariamente na época do processo psicoterapêutico (tais registros constam de expressões artísticas, escritos, poemas e material do tipo). Também possuía suas fichas clínicas e a memória de suas histórias e dos encontros com elas. Essas pessoas tinham sido acompanhadas por mim em algum período durante o tempo em que exerço atividades na abordagem clínica em psicoterapia (07 anos).

Para o segundo grupo, selecionei 15 pessoas, com as quais contactei por via telefônica. Nesse momento, expliquei inicialmente acerca desse trabalho e, para aquelas que se disponibilizaram, marquei um horário específico em meu consultório, sem nenhum tipo de ônus, para as devidas explicações mais pormenorizadas. Como condição, para esse grupo, todos preencheram o critério de terem tido pelo menos uma experiência com hipótese diagnóstica de vivência de natureza psicótica, estarem vivenciando uma condição de estabilidade emocional, totalmente fora da possibilidade de uma possível vivência de natureza psicótica, no momento e, caso concordassem que seus registros pudessem ser citados, assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido. Embora sabendo que poderia enriquecer muito mais o trabalho, para esse momento, optei por não realizar entrevista, nem incluir a história clínica das pessoas do segundo grupo.

- dos quinze selecionados, onze foram contactados. Dos demais, três estavam com o contato desatualizado e um havia mudado de cidade.

- dos onze contactados, sete compareceram e todos concordaram, mostrando-se gentilmente disponíveis e sinceramente interessados em contribuir. Em comum, todos agradeceram o contato e expressaram que ficavam satisfeitos por contribuir para esse trabalho, com o interesse de que este pudesse alcançar pessoas que tiveram histórias como as suas e contribuir para o sucesso desta investigação.

- dos quatro que foram contactados e não compareceram, todos tinham sido simpáticos e disponíveis à pesquisa: um, no período marcado, precisou viajar, tendo dado um retorno a respeito; um viveu a perda de um ente querido, tendo retornado ligação telefônica oferecendo-se para vir em período

posterior, o que agradei, e expliquei-lhe não ser possível, por conta das questões relativas ao tempo da pesquisa; dois não compareceram no dia marcado e não deram retorno. Contactei e um deles havia esquecido e o outro estava acompanhando a filha doente no hospital, que adoecera justamente no dia agendado. Não houve mais tempo hábil de marcar novos horários com eles. O grupo constituiu-se com cinco mulheres e dois homens. A idade variou entre 29 e 39 anos.

Particularmente, esse foi um momento muito compensador para mim; pude reencontrá-los e constatar o quão estavam bem; deram-me retornos sobre seus momentos de vida. Nas suas falas, via um senso de reconhecimento por suas histórias e pelo que transformaram, contradizendo rótulos e predições acerca de suas pessoas. Um deles está cursando Psicologia e diz querer se dedicar a acompanhar pessoas em situações semelhantes a que passou. Um deles está escrevendo um livro sobre o que viveu e as mudanças de vida experienciadas após; essa pessoa havia me chegado para acompanhamento terapêutico com diagnóstico de esquizofrenia e uso de altas dosagens de medicamentos, uma internação em clínica psiquiátrica e a vivência de dois episódios de crise de natureza dita psicótica. Deixei-o de acompanhar há cinco anos, mas ele relatou estar bem e, ainda hoje, cada vez mais integrando suas experiências, não apresentou mais nenhum episódio de tal natureza. Tornou-se terapeuta corporal. Diz que ocasionalmente tem problemas com o sono e faz uso esporádico de benzodiazepínico. Outra pessoa relatou-me ter tido um episódio que fora diagnosticado como depressão, tendo feito uso de antidepressivos.

Posso garantir o quanto esse processo me foi gratificante, tendo propiciado encontros de natureza extremamente rica e surpreendente para mim, em contato com o que vivenciei, do ponto em que vivenciei, percebendo o quanto é encantador e fascinante o trabalho de pesquisa.

Portanto:

- Grupo 1 - inicialmente seis pessoas. Contei, no entanto, com quatro pessoas:

quatro histórias clínicas; e quatro entrevistas fenomenológicas.

- Critério diferencial - estão em acompanhamento psicoterapêutico comigo, no momento (podendo estar em acompanhamento psiquiátrico com outro colega).

- Grupo 2 - inicialmente quinze pessoas, porém contei com sete pessoas: dados de fichas clínicas; e registros de dados escritos (poemas, reflexões, etc.).

- Critério diferencial - não estavam mais em acompanhamento psicoterapêutico comigo, mas dispunha de registros de dados a mim entregues durante o encontro psicoterapêutico, no curso de minha prática, nos últimos sete anos.

- Critério comum - os colaboradores de ambos os grupos tinham vivenciado pelo menos uma experiência de natureza dita psicótica, pelos referenciais dos critérios diagnósticos da Psiquiatria.

## **2.5 Análise fenomenológica dos dados**

Após a realização das entrevistas fenomenológicas, dei prosseguimento ao processo, tendo sido os instrumentos transcritos e apresentados seguindo o aspecto da análise fenomenológica das entrevistas, bem como análise fenomenológica também dos conteúdos dos registros e demais instrumentos, buscando identificar os sentidos emergentes destes.

Para tanto, com base em Moreira (2004), obedeci as seguintes etapas:

1. transcrição da entrevista para obtenção do texto nativo. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, por mim transcritas e analisadas fenomenologicamente, com o cuidado de incluir literalmente o texto verbal e não verbal. Uma vez tendo obtido as entrevistas transcritas, li e reli algumas vezes, a fim de encontrar maiores significados entre o fenômeno e os sentidos presentes;

2. divisão do texto nativo em movimentos - etapa em que realizei a leitura das falas dos sujeitos para identificar os movimentos. Estes constituem variações percebidas nas falas dos sujeitos, como mudanças de assunto, no tom de voz, pausas, choro etc. É uma espécie de desmembramento, que

facilita a etapa seguinte, quando foram surgindo mais claramente os sentidos emergentes;

3. articulação dos sentidos emergentes - etapa que visou a sistematizar os sentidos emergentes, quando busquei compreender os significados das experiências vividas;

4. “saindo do Parênteses”: Momento que precisei realizar o movimento contrário à redução fenomenológica. “Onde o pesquisador deixa de praticar a redução fenomenológica para assumir sua posição mundana” (Moreira, 2004, p. 447); fase que consiste da análise mais teorizada, situando os resultados em diálogo com outros pesquisadores, elaborando a base de articulação com a hipótese original que norteou o trabalho.

Apresento, a seguir, a fundamentação teórica que apóia este estudo para mediada por toda a viagem que empreenderei agora, poder convidar o leitor a ir, juntamente comigo, ampliando pontos que julgo importantes à fundamentação e compreensão do debate desse tema. Este passo será desenvolvido nos próximos sete capítulos, que antecedem a apresentação da análise e discussão dos resultados.

### 3 POR UMA FENOMENOLOGIA DA TRANS-FORMA-AÇÃO

Falar em fenomenologia é reportar-se ao(s) fenômeno(s). Segundo Cunha (1982), fenômeno vem do grego *phainómenon* e diz respeito a “tudo que é percebido pelos sentidos ou pela consciência”. (p. 353). Temos na fenomenologia o estudo dos fenômenos, compreendido como tudo aquilo percebido, tudo aquilo que se mostra à consciência. Assim, quando o fenômeno é notado pela consciência, o sujeito passa a representá-lo, atribuindo-lhe um significado, que é único, singular.

Quanto à palavra transformação, Cunha (1982) refere-se ao verbo transformar do latim, *trans-formãre*, como “ação de transfigurar, converter, mudar” (p. 782) e o vocábulo ação, do latim *ãctiõ*, como “atuação, ato, feito, obra”. (p. 7). Por sua vez, o prefixo *trans*, do latim *trans*, sugerindo “através de, para além de”. (p. 782). Desse modo, a ação de ir para além da forma, ou mesmo a “ação de transcender a forma”, como refere Bertolucci (1991).

Ir além da forma requer a visão para a pessoa humana em seu rico potencial criativo, *trans-forma-a-dor* (do sofrimento psíquico), elemento de toda uma força motriz impulsionadora, própria do Ser, tendo na vivência e na experiência a constituição de tantos e múltiplos significados do que e como é experienciado. A elaboração e a vivência desse processo, a sua apropriação de sentido pela consciência, a atribuição do significado do que está envolvido se agrega no que chamo uma “fenomenologia da trans-forma-ação”: o estudo dos fenômenos percebidos pela consciência, na ação de ir além da forma e

que *transcende* a experiência vivida, na constituição de possíveis múltiplos e abrangentes sentidos.

É, portanto, parafraseando Moreira, em seu conceito de despotencialização (apresentado na introdução deste trabalho), um processo de re-potencialização, no sentido de capacidade de viver significativamente e, além disso, de apoderar-se dos sentidos e significados do seu processo, em uma dinâmica de “empoderamento” centrado no Ser, não no princípio de inflação egóica, mas do noético<sup>13</sup> possível dessa instância.

A partir de um modelo mais amplo, um paradigma mais abrangente consubstanciado no modelo holístico e transpessoal, tenho visto que muitas das chamadas crises com “sintomas psicóticos” se constituem, na realidade, como expressões possíveis da experiência vivida, passíveis de serem compreendidas como fenômenos da consciência dentro de um extenso campo de estados de consciência em variadas cartografias, como um mapa indicativo da dimensão e da amplitude do humano.

Na minha prática, a partir do modelo há pouco citado, fui edificando possibilidades de manejos terapêuticos nessas situações, agregando alguns aspectos que me pareciam contribuir à integração do vivido, em mecanismos finos e artesanais de recompor as unidades, aparentemente cindidas, na integração e ampliação consciente dos significados e da experiência vivida. A especificidade desse processo está no manejo com os estados de

---

<sup>13</sup> Utilizo o referencial de Crema (2002), descrevendo a dimensão noética como uma espécie de metaconsciência, consciência da consciência. Metaforicamente, representa a luz do sol da essência, refletindo-se no espelho da consciência. Para Crema, esta é também a dimensão simbólica do imaginal, de onde emergem os grandes arquétipos, as imagens estruturantes da consciência, virtualidades que atuam como dinamos energéticos e que povoam as mitologias universais, os textos sagrados e os sonhos mais significativos. Nesse sentido, “qualidade noética é uma função do resgate da visão original que capta o processo vivo e mutante da realidade”. (p.31).

consciência<sup>14</sup> presentes diante do caráter de tais experiências de natureza psicótica e os espaços emergentes de uma cartografia da consciência, que nestes contextos vêm à tona.

Tais manejos apontam, de forma prática, para a construção de um processo de reestruturação e suporte para a pessoa, particularmente, para a estrutura egóica, composta a partir de elementos de base na reconstituição do que chamo instituição de um “continente de ancoramento”. Lembrando Laing (1967): “os esquizofrênicos e os místicos se encontram no mesmo mar, com a diferença que enquanto os místicos flutuam, os esquizofrênicos se afogam” (p. 105).

Nesse sentido, Wapnick (1991) faz referência às publicações que contêm relatos de episódios psicóticos e a contribuição de análises fenomenológicas destes, possibilitando melhor compreensão dessa condição, inclusive favorecendo sua identificação com as experiências místicas<sup>15</sup>, que também são movimentos para além do senso comum, apontando a diferença conforme o significado que cada experiência tem no contexto de vida do indivíduo (p. 22). Segundo o autor, a inabilidade do esquizofrênico para comandar esta experiência interna, e a sua quebra com a realidade social, contrastam grandemente com a tolerância que o místico tem pela experiência

---

<sup>14</sup> Charles Tart (1991) em *Mística e Ciência*, define um estado de consciência como um padrão generalizado de funcionamento psicológico, podendo um estado incomum de consciência ser definido como uma alteração qualitativa no padrão comum de funcionamento mental em que o experienciador sente que a sua consciência está radicalmente diferente do seu funcionamento “normal”. Tal estado não é definido por um conteúdo particular da consciência, por um comportamento, ou por uma modificação fisiológica, mas em termos de seu padrão total. Para Tart, compreender tal aspecto passa pelo eixo experiencial, sendo o conflito que existe atualmente entre aqueles que experienciaram certos estados incomuns de consciência e os cientistas que não tiveram essa experiência, em grande parte, um conflito paradigmático.

<sup>15</sup> Wapnick em *Misticismo e Esquizofrenia* (1991) refere que misticismo e esquizofrenia se encontram frequentemente associados na literatura psiquiátrica, apresentando alguns autores que sugerem que os místicos mostram uma forma especial de esquizofrenia ou outra psicopatologia e outros que escrevem sobre a esquizofrenia numa linguagem altamente metafórica, quase mística, focalizando principalmente a experiência da psicose.

interior (p.29). A via mística em sua totalidade pode ser compreendida como um fortalecimento mediante o qual o místico desenvolve gradualmente os “músculos” para suportar as experiências deste “mundo interior”. O esquizofrênico não passa por tal treinamento ou fortalecimento. Seus “músculos” não estão desenvolvidos, e, quando ele é “atirado” a este “mundo interior”, é subjugado, sem meios de enfrentar a sua experiência e sem convicção que sobreviverá a ela (p. 29-30).

Na minha prática testemunho pessoas aparentemente afogadas e em grande terror, serem recobradas e se permitirem sê-lo, saindo da inundação de conteúdos do “oceano inconsciente”, a partir da restituição e ancoramento devido no estado de consciência ordinário, fundamental ao construto mental egóico, vital elemento na integração da experiência vivida para esse nível de realidade. Nesse processo, funções psíquicas como razão, emoção, sensação e intuição integram-se ao corpo e ao trabalho corporal, incluindo elementos que constituem estratégias de suporte na lida com as experiências de fenômenos de expansão da consciência.

Ao escrever sobre as suas experiências de terror nascido desta “confrontação com o inconsciente”, Jung (1961) enfatizou a importância da sua vida exterior como proteção de sua exposição súbita ao mundo interno do inconsciente:

Nesta época, sobretudo, ao elaborar a matéria das fantasias, necessitei de um ponto de apoio “neste mundo”, e posso dizer que minha família e meu trabalho profissional satisfaziam esse requisito. Era extremamente essencial para mim levar uma vida normal no

mundo real, como compensação àquele estranho mundo interior. Minha família e minha profissão permaneceram como a base à qual eu podia sempre retornar, assegurando-me de que eu era uma pessoa comum, que existia realmente. Os conteúdos inconscientes poderiam ter me levado à loucura... (como sucedeu a Nietzsche) que era uma página em branco girando ao sabor dos ventos do espírito... (ele que) tinha perdido o chão debaixo dos pés, porque não possuía nada além do mundo interno dos seus pensamentos, que incidentalmente o possuíam mais do que ele a eles. Não tinha raízes e pairava sobre a terra, e por isso sucumbiu ao exagero à irrealidade. Para mim, tal irrealidade era à quintessência do terror, pois no final das contas eu tinha como objetivo este mundo e esta vida. Apesar de profundamente absorvido ou exausto, eu sempre soube que tudo o que eu estava experienciando, em última instância, se dirigia para esta minha vida real (p. 189).

Para mim, as reflexões de Jung reforçam a idéia do que chamo “ancoramento” (ou mesmo enraizamento, *grounding*) necessário à sustentação e suporte dessa travessia; são como âncoras ou mesmo pontos de ligação para sinalizar o caminho de volta.

A primeira providência é, então, disponibilizar estrutura, chão, base para o “ancoramento” no corpo e na carne (elementos de referencial importantes para a representação da experiência egóica e da própria auto-imagem). Nesse processo, amigos, família e cuidadores são orientados e funcionam como âncoras “externas” para auxiliar a sustentação da travessia da experiência de natureza psicótica, criando condições externas para os passos

(ou as braçadas) para o vivenciar da experiência da trans-forma-ção... as pessoas vão “aprendendo a nadar” e recuperando sua força, seu poder em chegar à terra firme, na metáfora de ter e sentir de volta os pés no chão, o que lhes dá mais segurança e distanciamento do medo da inundação e quase afogamento que vivenciaram.

Essas “âncoras externas” funcionam com ancoradouros provisórios, auxiliando no lidar com a experiência do concreto desse nível de realidade, com os limites ou contornos para a continência da experiência, como referenciais de segurança para a pessoa, muitas vezes envolta em uma assustadora experiência de medo, diante do vivenciado - elemento importante para reaver a segurança, fundamental à consciência de realidade (para esse nível) que, presente, reorganizará e construirá a idéia de sentido que aponta o norte da experiência.

Em muitas culturas, notadamente as asiáticas e as tribais, pessoas passam por experiências de estados modificados de consciência com manifestações extremas de alterações de comportamento, facilmente identificáveis como uma crise psicótica pela Psiquiatria ocidental. Na maioria das vezes, uma figura (física ou invocada de “um outro”) parece funcionar como uma espécie de referência, “de porto possível de ancoragem” “externa ou interna”, diante do oceano de possibilidades possíveis em uma vivência de tal natureza. Esse “outro” pode ser uma pessoa, um guia, um sacerdote, um xamã, um ancião da tribo, as pessoas da comunidade ou até mesmo um conjunto de crenças ou de valores (validadas pelo grupo ou mesmo pela pessoa), um amuleto, uma entidade espiritual ou um animal (às vezes invocado

em suas características e qualidades), o que parece servir como o ancoradouro desse processo.

Nesse sentido, parece-me que o ambiente de validação da experiência, aliado à sustentação que essas pessoas, grupos ou essas sociedades oferecem aos seus integrantes, é um dos elementos de suporte e “ancoramento” egóico para o processo de vivência e passagem pela experiência. Em alguns contextos, experiências dessa natureza são verdadeiros ritos de passagem para uma transformadora apropriação de todo um sistema de mudança, que inclui (entre outros aspectos) força, poder, coragem e reconhecimento, elementos de uma potencialização da pessoa na experiência, culturalmente aceitos e honrados nessas tradições.

Algum elemento de referência no sistema de “realidade concreta” da pessoa e ou do grupo, um atrator<sup>16</sup> para a reorganização do sistema, após o contato com a emergência de todo um possível caos vivenciado, parece ser fundamental à passagem da experiência. Sendo essa crise atravessada e completada com sucesso, ocorrem um tipo de cura pessoal e o retorno ao funcionamento da vida cotidiana da pessoa, respaldada em um lugar de poder e reconhecimento por essas comunidades, incorporado a um conhecimento e habilidades próprias que a passagem pela experiência lhe propiciou. Nas culturas xamânicas, por exemplo, essa pessoa é reconhecida nesse lugar, ocupando um papel importante para o grupo, sendo capaz de entrar em estados incomuns de consciência por vontade própria, saindo deles quando pretende com o objetivo de curar os outros, reconhecer a realidade e receber inspiração.

---

<sup>16</sup> Vide capítulo 7.

No caso específico do terapeuta, seu papel é de um acompanhante de jornada que requer algumas habilidades adequadas ao percurso nos caminhos profundos da *psique*, beirando as zonas abissais, tendo, por sua vez, a guiança estabelecida na parceria formada no vínculo com a pessoa e na aliança com o *self* transpessoal. Reporto-me a uma caminhada na qual a proposta de “uma ética de inteireza” não reduz o ser humano a um rótulo - mas, antes, busca cuidar do que não é doente, a partir do qual uma dinâmica de crescimento e/ou cura é ativada. Buscando o despertar da presença do Ser, centrada na alquimia do encontro... na reconciliação possível do existencial com o essencial.

Na abordagem transpessoal existe a opção de que alguns sintomas ou vivências não precisem ser expressamente suprimidos com a interrupção do processo; em alguns casos, é possível criar esquemas de suporte que permitam a pessoa vivenciar esses sintomas tão completamente quanto for possível, permitindo uma auto-exploração mais profunda, cuidando para que manejos e estratégias de suporte adequadas permitam, com segurança, a integração do vivido. Isso, no entanto, é feito com rigoroso cuidado e em situações específicas, avaliando o grau e a intensidade do sofrimento psíquico envolvido, ou mesmo risco em potencial para a pessoa, ou terceiros, pois, nesse caso, são as integrações possíveis e o caráter trans-forma-a-dor elementos valiosos que precisam ser recobrados, possivelmente mais do que a vivência pela vivência dos fenômenos.

Em algumas situações, uso o suporte medicamentoso, sem receio de interromper a experiência, pois vejo que esta já foi contatada e parece mais seguro do que a pessoa chegar a um nível em que fique mais difícil “o caminho

de volta”, por um extenso grau de desorganização. Escuto e acolho todo o nível da experiência vivida, independentemente de quão bizarra ela pareça ser – haverá tempo posteriormente para decodificarmos juntos os sentidos envolvidos em tudo o que foi descrito. Ao mesmo tempo, percebo o quanto isso reforça o vínculo e diminui o estranhamento da pessoa – algumas já me disseram o quanto isso as ajudou. Nesse sentido, não reforço ou exacerbo a natureza dos fenômenos que estas descrevem, mas acolho – o que é diferente, a partir de um olhar ampliado pela lente transpessoal e da busca de uma escuta inclusiva dos vários níveis possíveis de estados de consciência envolvidos, a serem identificados. Quando adequado, coloco-me ou às vezes até preciso “entrar” em “suas loucuras” para, passo a passo, ajudá-los a voltar.

A respeito das experiências transpessoais<sup>17</sup>, o fundamental não é somente vivê-las, mas integrá-las, o que quer dizer: investigar o seu significado, compreendê-las e aproveitar o seu potencial curativo e transformador, adicionando-a à vida diária. Grof (2000) exprime que os trabalhos com estados holotrópicos<sup>18</sup> da consciência mostram-nos uma surpreendente e radical alternativa – “a mobilização da sabedoria profunda dos

---

<sup>17</sup> Grof, em *Variabilidade das Experiências Transpessoais* (1991) catalogou uma extensa variedade de vivências da consciência, a partir das pesquisas com experiências psicodélicas. O autor diz que uma ou várias limitações da consciência podem ser transcendidas. “Em alguns casos, o sujeito experimenta um “afrouxamento” de suas limitações do ego usual, e sua consciência parece expandir-se de modo a incluir outros indivíduos e objetos “do mundo exterior”. Em outros casos, ele continua a experimentar a sua própria identidade, mas num tempo diferente, num lugar diferente, ou num contexto diferente. Ainda em outros casos, o sujeito experimenta uma perda total de sua identidade do ego e uma total identificação com o que parece ser uma outra consciência. Finalmente, em uma categoria bastante ampla (experiências arquetípicas, encontros com divindades, união com Deus, etc.), a consciência do sujeito parece incluir elementos que não possuem nenhuma continuidade com a sua identidade de ego usual e que não podem ser considerados como simples derivativos de sua experiência no referencial do mundo tridimensional”. (p.68).

<sup>18</sup> Estado holotrópico é uma expressão cunhada por Grof (em 1992): “Esta palavra composta significa literalmente “orientado para a totalidade/inteireza” ou “indo à direção da totalidade/inteireza”. O autor coloca que, no estado de consciência cotidiana, identificamo-nos com apenas uma pequena fração de quem realmente somos. Nos estados holotrópicos, podemos transcender as fronteiras restritas do ego corporal e reivindicar nossa identidade total”. (*Psicologia do Futuro*, 2000, p.18).

clientes que cria o processo de cura e transformação”. (p.33). Também é importante mensurar o grau em que as experiências de cunho pessoal ou mesmo pré-pessoal possam estar imbricadas, o que direciona o manejo para algumas especificidades distintas.

Na prática, mais importante do que a autenticidade das informações obtidas em estados transpessoais é o seu notável potencial terapêutico e transformador. Muitas dificuldades emocionais e psicológicas são causadas por lembranças reprimidas ou esquecidas de eventos traumáticos da história de vida, que emergem em um notável potencial criativo, na forma das chamadas emergências espirituais<sup>19</sup> e que precisam ser devidamente integrados. Por sua vez, muitas dessas vivências são expressões do vivido, semelhantes fenomenologicamente a uma possível experiência classicamente tida como psicótica.

Pelo relato da experiência vivida de várias pessoas que já acompanhei e outras que ainda acompanho em situações assim, fui reconstituindo os passos do processo fenomenológico envolvido no contato com o que chamarei de “os primeiros estranhamentos” no processo de “adoecer”. Vejo que esses chamados “estranhamentos” são constituintes importantes no processo de perda da capacidade integrativa do ego do que chamo de unidades de sentido (US)<sup>20</sup>.

Acompanhando os relatos de pessoas em “crises” dessa natureza, percebo o quanto há uma linha muito tênue entre o que lhes era real, entre o que descrevem e relatam como algo que imaginaram, entre culpa e vergonha

---

<sup>19</sup> Vide capítulo 6.

<sup>20</sup> Chamo de unidades de sentido, elementos constitutivos do encadeamento lógico, presente ao conjunto de significados e ressonâncias simbólicas que a mente lógica consegue integrar.

pelo que disseram, fizeram ou agiram – ao mesmo tempo em que a presença de “um nível de consciência que presenciava”, via e se dava conta do que lhes ia acontecendo, tomada de estranhamento e sensação de incapacidade de dar conta do que se apresentara. Em muitas situações, vejo o contrário, a natureza das conexões, *insights* e percepções de eventos interligados e de toda uma sincronicidade podem ser tão profundas, intensas e dinâmicas que extrapolam a capacidade da pessoa de sustentar a experiência, dentro da estrutura de realidade que a constrói e dá sentido. Já vi pessoas sem nenhum traço de personalidade pré-mórbida em um sofrimento psíquico entrar em níveis tais de angústias e desespero e percebê-las claramente entrando na formulação de uma experiência de natureza psicótica, no plano da interpretação da realidade vivida. Nas variadas situações, a perda do referencial de sentido me parece um elemento comum em um nível tal que ultrapassa a capacidade de integração dos significados da experiência.

Durante a primeira fase do processo terapêutico<sup>21</sup>, as pessoas falam e/ou experienciam a vivência e reordenam (o que vai depender do momento adequado no processo terapêutico), completando o processo interior, que, posteriormente, estrutura o contato com o *insight* consciente. Isto, na maioria das vezes, representa um salto de consciência, sustentado em uma atitude de apoio e compreensão e redirecionamento terapêutico, a partir da escuta, do olhar e da presença transpessoal.

Posteriormente, vão surgindo espaços de percepção dos símbolos e padrões envolvidos, para, posteriormente, haver a decodificação dos

---

<sup>21</sup>Lukoff (2003) sugere três fases da Integração terapêutica: 1. contar a história; 2. investigar heranças simbólicas, espirituais e culturais que a pessoa tenha; 3. criar uma nova mitologia pessoal por meio dos símbolos pesquisados.

elementos do simbólico, esfera do mitológico e arquetípico, formando conexões integradoras e unificadoras de significados, que me parecem elementos fundamentais à reconstituição de um senso de coerência e lógica necessários à integração da experiência, na constatação de que, no processo, a pessoa vai de novo se referenciando e reestruturando, ancorando-se em termos de significados que dão sentidos mais estruturais à experiência, em que a compreensão possível sobre o fenômeno amplia a consciência e propicia, potencializando, a desidentificação com o inusitado da experiência vivida, ancorado em uma idéia de sentido e significado real (para esse nível de realidade).

Assim, trabalho com a mente, com o corpo, as emoções, os sentimentos, as sensações; utilizo-me das imagens, símbolos e várias ressonâncias simbólicas implicadas na experiência, na viagem que busca trazer do abstrato para o concreto a integração que move e integra a transformação nesse nível de realidade. Para tanto, preciso da capacidade integrativa da mente, atributo impar do construto egóico, aliada à presença e à experiência de corpo para formar essa ponte – o que implica, digo, “trazer a pessoa de volta ao corpo”. Para tanto, emprego desde práticas corporais a orientações alimentares; ao desígnio de atividades diárias, na qual o corpo/carne esteja envolvido diretamente na experiência de contato.

Quanto à descrição da experiência vivida, Wapnick (1991) lembra que palavras como “interno”, “externo”, “morte”, “Deus”, etc. são metáforas que tentam expressar a experiência em palavras, mas que não podem ser tomadas literalmente como se fossem a própria experiência (p. 11); são símbolos da

experiência vivida<sup>22</sup>, muitas vezes expressos em palavras, aparentemente dissociadas da nossa percepção de realidade.

Assim, a experiência vivida de “natureza psicótica” passa a ser vista além dos possíveis condicionamentos, na instituição de uma espécie de “mitologia própria”, onde a *psique*, muito além dos possíveis conteúdos reprimidos, ampliados na emergência caótica em uma vivência de crise, é ancorada na busca da integração de “unidades de sentido” e recuperação de um senso próprio de uma espécie de “arquetipos<sup>23</sup> pessoais” - imersos em aspectos universais, em uma variedade de padrões experienciais primordiais e transindividuais, mas próprios de simbologia e sentidos de significados na experiência individual - frutos da experiência vivenciada com signos decodificadores (decodificantes) de significados para cada um. A esse respeito, Grof e Grof (1990) referem que experiências que envolvem as dimensões arquetípicas da *psique* transmitem uma sensação de sacralidade - ou de “numinosidade”, em termos junguianos (p. 46).

Nesse sentido, acessar esses conteúdos me parece, guardadas as proporções, semelhante como trabalhar com os sonhos e compor, juntamente com o significado próprio de cada pessoa, o eixo que vai decodificando às

---

<sup>22</sup> Assagioli em *Símbolos de Experiências Transpessoais* (1991) refere-se as dificuldades quanto a insuficiência da linguagem, racional e objetiva, para designar condições ou realidades psicológicas “que são, em sua origem, metáforas ou símbolos”. Assagioli entende que adequadamente reconhecidos e compreendidos, os símbolos possuem um grande valor: “pois são “evocativos” e induzem uma compreensão intuitiva direta. O fato de que as palavras que indicam realidades “superiores” e tem suas raízes na experiência sensorial serve, na verdade, para enfatizar as correspondências analógicas essenciais entre a natureza da experiência e a expressão desta”. O autor adverte do perigo de considerar-se os símbolos literalmente e de não se fazer à transposição com a natureza de realidade ordinária. Assim, em seu trabalho, apresenta quatorze categorias ou grupos de símbolos de experiências transpessoais, a saber: introspecção; aprofundamento, descida; elevação; alargamento, expansão; despertar; luz, iluminação; fogo; desenvolvimento; fortalecimento, intensificação; amor; caminho, senda, peregrinação; transmutação, sublimação; renascimento, regeneração e libertação.

<sup>23</sup> O termo arquetipo, de uma forma geral, diz respeito ao inconsciente coletivo junguiano que contém as memórias e a herança cultural de toda a humanidade - sendo estes de natureza mitológica, de acordo com Jung.

mensagens cifradas, o telegrama que o *self* emite para apropriação e transformação, o que (no caso dos sonhos) foi trazido por meio dos conteúdos oníricos, símbolos e ressonâncias simbólicas várias e que, por fim, pode ser integrado à consciência de vigília.

Para mim, o trabalho com os sonhos é aquele de decodificação das ressonâncias simbólicas apresentadas pelas várias imagens, contextos, elementos, personagens, passagens e tantas múltiplas possibilidades que este desvela. É como naquele jogo de criança em que colocamos símbolos no lugar para ler a mensagem escrita ou ligamos letras e números para formar uma imagem. A mensagem e a imagem são próprias de cada um, apesar do conhecimento teórico à cerca do que aprendi - desde as ricas contribuições da psicanálise ao olhar transpessoal. Ao passear pelo mundo dos símbolos, tenho também nesse parêntese o mundo das representações, dos mitos, dos arquétipos, dos grandes símbolos coletivos da humanidade. Preciso, porém, vir desse universo e propiciar, a partir da experiência da pessoa e dos conteúdos de sua individualidade, a recuperação da mensagem cifrada que o *self* revela. Guardadas as proporções, seguindo esse mesmo raciocínio, trabalho com a natureza dos sintomas ditos psicóticos e, no momento propício, entro paulatinamente nessa decodificação, buscando a tradução da linguagem e da mensagem implícita em uma “crise”.

No encontro com os grandes arquétipos das zonas abissais anímicas, é importante não confundir o imaginário psíquico, espaço de imaginação e de fantasia, com o imaginário noético, de constituição arquetípica, precioso manancial simbólico da espécie, no qual um patrimônio

repleto de tesouros de matrizes arcaicas por vezes é confundido com elementos da projeção individual.

Penso que uma fenomenologia da trans-forma-ção envolve: aspectos da pessoa, aspectos das estruturas de suporte possíveis, aspectos do cuidador/terapeuta - incluindo sua técnica e seu referencial teórico, ou seja, a lente que direciona o olhar - aspectos socioculturais, históricos e ideológicos envolvidos em uma complexa rede de relações. No entanto, durante o processo vivenciado no encontro terapêutico, tais aspectos me pareceram possíveis de serem simplificados, através do que estruturei em três momentos:

1. “Da aliança com o *self* às bases de suporte do ego”: momento no qual estabeleço uma relação com o saudável da pessoa, a fim de potencializar os elementos de suporte e estruturação necessários para o processo de “resgate” e reestruturação do ego, importante estrutura para a compreensão e integração da experiência vivida;

2. “Tecendo nos fios do invisível”: momento de adentrar o mundo dos símbolos e significados, e, a partir deles, juntamente com os significados próprios do sujeito na experiência mundana, compor a tradução da subjetividade vivida, em sua aparente desconexão, a partir da estruturação e compreensão desses elementos; e

3. “Da integração das unidades de sentido”: a partir da estruturação e compreensão dos elementos feitas no momento anterior, se faz necessário, reconstituir a noção de sentido que a pessoa necessita para integrar a experiência, o que inclui o processo de ressignificação e apropriação do que foi ressignificado, do ponto de vista consciente.

Tais momentos não são necessariamente vividos de forma linear durante a psicoterapia, uma vez que a pessoa, a cada encontro, apresenta aspectos de sua história dentro de seu processo e de suas demandas específicas, que vão surgindo no decorrer da mesma. Procuro, então, trabalhar estas demandas sem perder de vista a necessidade de adentrar no material emergente de sua crise e auxiliá-los no processo de consciência requerido para a ruptura do padrão de cronificação da doença e de despotencialização da pessoa, que tende a se instalar.

Geralmente, vários conteúdos emergem, simultaneamente, durante a crise. No entanto, no processo de trabalhá-los, as unidades de sentido vão sendo reconstituídas, na medida em que, os conteúdos vão se atualizando na psicoterapia. Algumas vezes, enquanto um determinado conteúdo está praticamente sendo integrado, outro sequer foi tocado, o que não inviabiliza a seqüência dos três momentos citados.

Uma fenomenologia da trans-forma-ação parece possível centrada em um modelo que permita novas e criativas abordagens nos tratamentos das chamadas doenças mentais, no sentido de compreender alguns processos, considerados patológicos pela Psiquiatria tradicional, apenas como uma busca de um nível mais elevado de integração com a realidade, em uma concepção ampliada e integrada de homem e mundo – por que não dizer de Consciência?

Percebo a própria manifestação da consciência como a grande criação - a expressão do que é gerado e manifesto no processo de mudança, quando, envoltas em mecanismos inconscientes e obscuros, que lhes parecem tomar, as pessoas recuperam o seu poder transformador a cada passo que

movem no caminho de retorno a sua sabedoria infinita, expressa no ato criativo implícito na instituição de uma nova ordem.

Transformação, por vezes, implica beirar passagens de caminhos em territórios internos obscuros e não muito claros, tomados de uma série de paragens e cenários interiores permeados de toda uma gama de experiências próprias, constituidoras, às vezes, em potencial, de uma “fenomenologia do adoecer” e ir além... encontrar, mesmo no sofrimento, o crescimento, na ação de dar uma nova forma.

Nesse processo, a recuperação da dimensão criativa e espiritual do homem, dentro da busca de toda uma ética da diversidade, tem na compreensão da integralidade do Ser um grande divisor de águas, que referenda a parte e o todo, o todo e a parte, num equilíbrio dinâmico que busca trazer à prática a reconstrução de uma parceria de crescimento e recuperação desta integralidade, perdida em uma aparente fragmentação, ou crise; além da compreensão da experiência do sujeito, o resgate de suas tendências de transformações e superação.

Nesse sentido, importa atuar no processo de crescimento e transformação das pessoas em vivências de natureza psicótica, possibilitando que façam um contato re-potencializador e, por meio da experiência da consciência, ampliem e integre o vivido, nesse nível de realidade, como homem mundano<sup>24</sup> na experiência. A “fenomenologia da transformação” concebe, então, o processo da pessoa em sofrimento psíquico, mesmo diante da expressão de

---

<sup>24</sup> Merleau-Ponty (1908 – 1961), filósofo francês, em *Fenomenologia da Percepção* (1945[1999]) observa que o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece, pois “estamos presos ao mundo e não chegamos a nos destacar dele para passar à consciência do mundo”, referindo-se a uma espécie de enraizamento, atolamento do homem no mundo.

sintomas ditos “psicóticos”, como um constante movimento e potencial criativo da condição do humano; nesse sentido, se faz acompanhá-la em seu processo de trans-forma-ação no sentido da recuperação, que amplia e transcende a dimensão da experiência em uma atitude de respeito e de busca da unidade perdida, numa espécie de *fenomenologia do olhar*, enquanto for possível buscar, até onde for possível chegar, no trans-forma-a-dor ato de transformar a dor.

## 4 DO PARADIGMA EM SAÚDE MENTAL

### 4.1 Do paradigma newtoniano-cartesiano ao novo (nem tão novo) paradigma holístico

Coube a Thomas Kuhn<sup>25</sup> (1972) o uso e a incorporação do termo paradigma em Ciências. Em grego, paradigma significa exemplo, modelo ou padrão (Cunha, 1982, p. 579). Atualmente, concebe-se paradigma como um conjunto de princípios subjacentes a uma formulação teórica, uma espécie de superteoria que organiza a maioria dos fenômenos conhecidos de seu campo. Tendo por base razões de uma lógica formal, tais princípios estruturam-se como modelos fortes, endossados pela comunidade científica, e influenciam profundamente as mais diversas áreas, desde o sistema de valores e ética ... à visão de homem e de mundo. Para Thomas Kuhn, os paradigmas devem sempre ser trazidos à reavaliação, pois “a transição sucessiva de um paradigma a outro, por meio de uma revolução, é o padrão usual de desenvolvimento da ciência amadurecida, uma vez que uma revolução

---

<sup>25</sup> Thomas Kuhn (1922-1996), em *A Estrutura das Revoluções Científicas* (1972), formula o conceito de paradigma científico como um conjunto de crenças e valores que configuram determinado modo metodológico de conhecer, aglutinando em torno de si uma grande gama de pesquisadores. Também define paradigma normativo como um padrão definido de conduta metodológica, implantado, vigente e determinante na história do pensamento; e como paradigma emergente aquele que nasce no seio da ruptura do antigo paradigma, apontando para novas possibilidades de organização metodológica do conhecimento em geral e da ciência, em específico.

científica é, antes de tudo, uma revolução de paradigmas”. (Kunh, apud Weil, 1987a, p. 138).

Fomentado no auge de uma reação às idéias, princípios e concepções de mundo e de homem centradas em dogmas inquestionáveis de natureza temerária e religiosa, surgem, no século XVII, René Descartes e, posteriormente, Isaac Newton, com idéias gigantescas e inovadoras à época. Em um modelo no qual a certeza cartesiana, essencialmente matemática, passa a ser a chave da compreensão do universo, fundamentando o método analítico, em que decompor pensamentos e problemas em suas partes constituintes é dispô-los em ordem lógica. A ampliação da idéia cartesiana do mundo foi alargada por Isaac Newton, em um método conhecido como cálculo diferencial. Assim, o universo newtoniano era, de fato, uma máquina, gigantesco sistema mecânico que funcionava de acordo com leis matemáticas exatas, pois “o palco do universo newtoniano, no qual todos os fenômenos aconteciam, era o espaço tridimensional da geometria euclidiana básica”. (Capra, 1982, p. 60).

Tal visão fomentou grandes impulsos e profundas mudanças. A concepção de uma ordem mecânica, a explicar a interação de forças explícitas nos princípios de mecanismos demonstráveis, foi de uma importância crucial ao progresso do pensamento científico e à evolução das proposições sugeridas e ainda hoje válidas.

A perspectiva cartesiana do mundo como um sistema mecânico, no entanto, levou a várias naturezas de fragmentação e separação: mente e corpo, espírito e matéria, etc. A proposição de objetos essencialmente separados e, por sua vez, reduzidos aos seus componentes materiais e

fundamentais, cujas propriedades e interações determinassem completamente todos os fenômenos materiais, teve o peso de uma sanção científica a referendar o corpo, a matéria, aos domínios superiores, objeto da Ciência. Já a alma, o espírito, ao reino inferior, subjetivo, objeto da metafísica e da religião.

Tal fragmentação tornou-se muito importante e difundida, não apenas por toda a sociedade, mas também em cada indivíduo, levando a uma espécie de confusão, de conflito geral extensivo a uma espécie de fantasia fundamental, a qual dominaria o homem: a fantasia da separatividade, pois, segundo Weil (1987b), “Ele crê firmemente na existência de um eu substancial, de um mundo exterior sólido e em uma relação entre este eu e o mundo exterior. A perspectiva dualista engendra a “neurose do paraíso perdido” a qual se manifesta pelo apego a este eu e deste eu ao mundo exterior, quando estes são percebidos como fontes de prazer. Quando... trata-se de dor ou de desprazer, aparece a rejeição e o ódio, fonte de conflitos e de guerras” (p. 53).

Nesse sentido, a certeza de uma descrição objetiva do mundo, baseada na divisão cartesiana, traduziu-se em verdadeira crise. É sabido, historicamente, porém, que a transição de um paradigma para outro requer, até certo ponto, uma crise como condição necessária para o aparecimento de novas teorias, crise esta também traduzida pela resistência às mudanças, o que é, particularmente, positivo, pois:

Quanto maior for a resistência à mudança, mais garantias haverá de que sua aceitação posterior terá sido cercada de todas as preocupações metodológicas, sendo assim, a ciência “normal” ao

mesmo tempo um obstáculo e uma garantia de seriedade para o novo paradigma emergente (Weil, 1991, p. 16).

Assim, o caráter de uma verdadeira revolução científica e epistemológica já está proposto; cada modelo traz em si a necessidade da demonstração empírica e de uma constante reavaliação, e, assim como o paradigma newtoniano-cartesiano foi resultante de um conjunto de conhecimentos anteriores ampliados, hoje, um novo paradigma emergente também evidencia a ampliação do anterior, não em uma pretensa superioridade ante o primeiro, o que seria restrito e contraditório, por demais determinista, mas no todo de um jogo dinâmico, reconhecendo o papel do então modelo, mas abrindo novas possibilidades que se descortinam com o novo ou... não tão novo paradigma holístico, numa dinâmica, antes de ampliação e jamais de negação ou subvalorização do anterior.

Nesse sentido, o termo holismo infiltra-se na Ciência, na Filosofia, na Educação e em outros âmbitos. As idéias de Smuts (em 1926)<sup>26</sup> já expressavam preceitos avançados dentro de uma compreensão integrada de conjunto. A proposição de uma continuidade evolutiva, por exemplo, tem no conceito de energia o elo da concepção científica, culminando com a Física moderna na expressão de uma continuidade subjacente à aparente descontinuidade.

---

<sup>26</sup> As idéias do autor são assim resumidas por Weil em *O novo paradigma holístico (1991)*: 1. continuidade evolutiva entre matéria, vida e mente; 2. crítica do conceito tradicional de matéria inerte; 3. relação entre holismo e vida; 4. crítica do mecanicismo e sua integração no holismo; 5. integração holística da mente; 6. personalidade como ponto culminante da evolução; 7. holismo universal como resposta à questão teológica.

No século XX, toda uma série de mudanças foi experimentada, fruto de um caminho traçado pelas questões e contradições evidenciadas no século anterior. Em 1905, Einstein introduziu duas tendências revolucionárias no pensamento científico: a teoria da relatividade e a teoria dos fenômenos atômicos, provocando mudanças radicais nos conceitos tradicionais de espaço e tempo e, por conseguinte, nos alicerces da visão de mundo newtoniana. As descobertas da Física moderna demandaram profundas transformações em conceitos como espaço, tempo, matéria, objeto, causa, efeito, entre outros. Partindo do princípio de que a realidade é abrangente e está interligada, surge a teoria holográfica, de 1927, com os trabalhos de Lashey; a teoria de que a memória pode estar distribuída por todo o cérebro, como um campo de energia, defendida por Pribmam, em 1969; e as proposições de Bohm, em 1971, que concebe a organização do universo como holográfica<sup>27</sup>.

A partir de revolucionárias mudanças impressas pela Física moderna, uma nova visão de mundo começa a surgir, e, na medida em que vai se firmando no referencial científico, os pesquisadores mostram-se profundamente interessados nas implicações filosóficas desta nova Física, em busca da compreensão da realidade ou do que era experimentado como realidade.

---

<sup>27</sup> Um holograma é um tipo de imagem fotográfica especial na qual é possível reconstituir a imagem original a partir de um pequeno pedaço de filme, por mais ínfimo que seja. A concepção de holograma deu a Bohm em *A Totalidade e a Ordem Implicada* (1980) o modelo que lhe faltava para explicar sua teoria. Para Bohm a realidade da vida cotidiana é uma espécie de imagem holográfica e, subjacente a esta realidade, existe um nível mais profundo da existência que manifestações no mundo físico, o que Bohm chamou de ordem envolvida ou implicada, que se contrapõe à ordem explícita ou revelada. Todos os fenômenos do universo são o resultado de encobrimentos e descobrimentos entre essas duas ordens. O modo como o observador interage com o conjunto da realidade é que vai determinar quais aspectos dessa ordem vão ficar revelados e quais vão ficar escondidos.

Tal formulação em Psicologia Transpessoal é fundamental para compreensão dos estados de consciência e para a proposição de toda uma cartografia da Consciência que amplia em muito os níveis pessoais da existência e da experiência, aspecto extensamente apresentado por Grof em *A Mente Holográfica* (1994).

A influência da Física Moderna ultrapassa a tecnologia, estendendo-se ao reino dos pensamentos e da cultura; aqui, a Física Moderna gera uma profunda revisão da concepção humana acerca do universo e do relacionamento do indivíduo com este último (Capra, 1983, p. 23).

Assim, uma rede de interconexões revela a unidade básica e comum do universo, mostrando que não se pode decompor o mundo em unidades ínfimas com existência independente, mas que, ao se penetrar na matéria, deve-se percebê-la como extensa teia de inter-relações entre as inúmeras partes de um todo interligado e unificado.

É mediante o conceito de energia, hoje, que idéias como as de Smuts (em 1926) encontram um referencial teórico e científico para que se compreenda o que então era dito: “o todo está nas partes e as partes estão no todo, e esta síntese entre todo e partes se reflete no caráter holístico das funções tanto das partes quanto do todo” (Weil, 1991, p. 23), onde todos os fenômenos ou eventos se interligam e interpenetram de forma global. Assim, tudo é interdependente, uma vez que o paradigma holístico considera cada elemento de um campo como um evento refletindo e contendo todas as dimensões do campo. É uma visão na qual o todo e cada uma de suas sinergias estão estreitamente ligados em interações constantes e paradoxais (p. 34), o que vai ser fundamental para uma compreensão ampliada a respeito da *psique* e sua expressão.

A idéia do holismo, no entanto, não é nova. Ela está subjacente a várias concepções filosóficas ao longo de toda a evolução do pensamento, nas mais variadas formas. É de Heráclito de Éfeso (540 – 470 a.c.) a afirmação: “a parte é algo diferente do todo; mas também, é o mesmo que o todo é; a substância é o todo e a parte” (Heráclito, apud Tavares, 1994, p. 59).

O pensamento holístico é profundamente ecológico, considerando a profunda relação entre homem e natureza, buscando a reconstituição do todo, num conjunto impossível de ser dissociado. A noção de respeito e ética que este conjunto sugere, de certa forma, recupera a imagem formulada pelo universo medieval da terra como organismo vivo e sagrado. Eis as bases de uma nova ética. Fruto da vivência e da experiência do Ser, não uma ética meramente racional, postulada por normas e regras, mas de uma sabedoria primordial, perene, compreendida e apropriada pelo coração.

Mesmo uma radical mudança intelectual para um novo paradigma, no entanto, em grande escala, não seria suficiente para aliviar a crise global e reverter o curso fragmentário em que todos se encontram. Para isso, parece ser necessária uma profunda religação do que foi separado, o que sugere uma transformação emocional e espiritual da humanidade, buscando dentro de si mesmo aquela que é a viagem de acesso ao portal que transcende as barreiras ilusórias de identificação do ego, fragmentadas e cindidas, na crise ora vivenciada.

Uma vez que a consciência humana desempenha importante papel na observação, na Física atômica não pode mais ser mantida a divisão cartesiana entre matéria e mente, entre observado e observador. Nunca se pode falar da natureza sem, ao mesmo tempo, falar sobre as próprias pessoas.

Outro aspecto da Física das partículas é o do surgimento da ordem como um conceito central, que sugere, inclusive, novas pontes a serem acessadas na compreensão das inter-relações da matéria com a mente.

O paradigma holístico recobra assim, todo um modo de perceber que já fez parte do universo à época e que foi negado por não ser científico e que hoje pode ser recuperado e ampliado nesse novo (não tão novo) referencial. Particularmente, no tocante à Saúde Mental, para praticá-lo, é essencial que se possua considerável conhecimento do amplo espectro da consciência humana, o que pode ser uma contribuição dos vários setores e disciplinas, dos vários aspectos do Ser e tantas outras possibilidades...

#### **4.2 Aspectos paradigmáticos nas políticas em saúde mental**

Fortemente estabelecido na Biologia, o pensamento newtoniano-cartesiano estende suas considerações sobre o pensamento médico, estruturando o chamado modelo biomédico. O corpo humano na extrapolação do universo-máquina é concebido, como qualquer outro elemento material, como um mecanismo a ser analisado em torno de suas peças e avarias e a doença como um mau funcionamento destas. Aos médicos é reservado o papel de intervir, física ou quimicamente, para “consertar” o defeito do funcionamento de um específico mecanismo. Tais referenciais foram de muita importância a todo um conjunto de avanços, principalmente para a compreensão da

Anatomia, da Fisiologia, em áreas como a Farmacologia e a Cirurgia, por exemplo. Dessa forma, a compreensão do tratamento das doenças ficou cada vez mais restrita ao reparo, em detrimento da objetivada ausência de sintomas buscados.

Já no século XVII, Descartes situa a mente e o corpo como pertencentes a dois domínios diferentes, cada um dos quais poderia ser estudado sem referência ao outro. Filósofos e cientistas, a partir de tais concepções, fundamentados na visão mecanicista de mundo e de homem, baseiam-se nestas também no estudo da *psique* humana.

Conceitos como os de associação e impressões dos sentidos, atividade mental relacionada a reflexos neurológicos, teoria dos reflexos condicionados, entre outros, reduziram a complexidade do funcionamento psíquico a algumas regras elementares e linearmente demonstráveis. A teoria de que o funcionamento mental poderia ser analisado e explicado em seus elementos específicos, ligados a correntes nervosas específicas no cérebro, reduziu a consciência a fenômenos bem definidos embora, na época, tal compreensão tenha sido fundamental.

A tendência para a especialização, desde então caracterizada, também é aplicada no estudo das perturbações mentais; causas fundamentalmente orgânicas são atribuídas aos distúrbios, então ditos psiquiátricos; num raciocínio mecanicista de ação e reação, problemas infecciosos, alimentares e lesionais são considerados explicativos para toda uma gama de questões, nesta área, num distanciamento cada vez mais caracterizado da compreensão da dinâmica psicológica do Ser e sua inserção, seu “atolamento no mundo”, parafraseando Merleau-Ponty. Os problemas

mentais são reduzidos a causas específicas, de cunho molecular, e a um mecanismo central definido para o problema em foco.

As várias escolas psicológicas que surgiram deram contribuições importantes na área, no entanto, ainda sob a óptica linear e mecanicista. Nesse sentido, destaca-se a extraordinária contribuição da Psicanálise, pois, saindo do puramente orgânico, o inconsciente freudiano com toda a sua dinâmica, os instintos e as pulsões, a força das experiências da infância, a libido, a importância da sexualidade, a interpretação dos sonhos, além do próprio senso de investigação de Freud em ir além dos mecanismos neurológicos e inovar com a experimentação de métodos como a hipnose, por exemplo, foi de imensa inovação à época.

Segundo Moreira e Sloan (2002), a compreensão psicológica da doença mental é inaugurada a partir do momento em que a doença mental foi abordada como uma entidade, mediante especulações de ordem filosófica, o que era possível em uma psicologia ainda não individualizada, expressa na Filosofia e na Medicina, que se preocupava em tratar doentes atingidos psicicamente (p. 112).

A extensão do modelo biomédico ao tratamento das chamadas doenças mentais, porém progredia com avanços e, também, com alguns equívocos. Embora tenha sido útil para alguns tipos de distúrbios de expressão psíquica e de etiologia orgânica<sup>28</sup>, tal modelo alicerçou as bases de conceitos e

---

<sup>28</sup> Por exemplo: alguns tumores cerebrais, distúrbios metabólicos e síndromes clínicas cursam com a expressão de sinais e ou sintomas inicialmente de manifestação psíquica, embora exista hoje também a compreensão de que, mesmo os sintomas que pareçam algo puramente orgânico, têm na sua expressão componentes do individual e a expressão psíquica de uma espécie de linguagem inconsciente que o sintoma desvela. Isso é bem estudado em áreas como psicossomática, com pontes, a cada dia mais estabelecidas, pela Psiconeuroimunologia, na proposta que aparece, por exemplo, nos trabalhos da bioquímica Candice Pert (1995) de as

concepções que, guardadas as proporções, se expressaram fortemente nos principais movimentos e princípios em Psiquiatria.

Apesar de historicamente cada movimento resultar em avanços significativos, o rastro da visão segmentada, centrada no distúrbio doentio e com um foco de ações convergindo para a negação dos sintomas, mostrados na sua supressão dos mesmos, na ênfase à “medicalização”, ao diagnóstico e no papel do profissional como autoridade, ainda é extremamente forte. A partir do paradigma dominante na Psiquiatria, a “saúde mental” se remete à aceitação daqueles aspectos de realidade referenciados pelo modelo mecanicista. Os desvios leves do paradigma são apontados como neuroses e os desvios críticos, ou profundos, como psicoses, sendo a saúde mental no modelo mecanicista definida mais em termos de ausência de psicopatologia ou “doença psiquiátrica”. Nesse sentido, se o indivíduo não sofre de manifestos sintomas clínicos, pode ser encaixado na ampla definição de “normal” ou de “mentalmente sadio”.

Alguns movimentos incorporam um discurso dito holístico, atribuindo ao *holos*, o todo, o fato de considerar-se fragmentos (ainda) de forma juntas. Assim, passa a ser holística uma equipe multidisciplinar, cujo centro das ações ainda cabe ao psiquiatra! Diz-se holístico permitir-se ao paciente rezar, dançar e brincar, mesmo renegando tudo isso a terapêuticas de menor importância! Fala-se holisticamente em considerar-se o homem como corpo e mente - e não como corpo/mente - e tantas outras nuances que destituem o termo de sua real essência, contribuindo para toda uma apropriação e desgaste no uso

---

moléculas mediadoras químicas (neuropeptídios ou peptídios), envolvidas na expressão de processos orgânicos, funcionarem como uma linguagem bioquímica das emoções, espécies de mensageiros tradutores, com receptores presentes em todo o corpo e não somente no cérebro.

inapropriado, pulverizado pela lógica da doença e da fragmentação/separatividade.

Tal lógica necessita ser urgentemente revertida. É preciso superá-la da perspectiva da doença, com vistas a acessar a ética do saudável – o que passa por reformulações internas e externas. “... um dos problemas da epidemiologia psiquiátrica é a formulação de um método que permita enfrentar um objeto que escapa e ressignifica-se a cada mudança de referência histórica” (Sampaio; Santos & Andrade, 1998, p. 21).

Na elaboração histórica e cultural do fenômeno da doença, muitas práticas curativas buscaram no mundo dos espíritos e em rituais de magia as explicações para a doença; a maioria de tais práticas via os seres humanos como integrados num sistema ordenado e a doença como consequência de um desequilíbrio ou interpretada como castigo da(s) divindade(s). O destaque para o (re)equilíbrio, entretanto, dentro das relações pessoais, sociais e/ou espirituais como método de cura era comum à maioria das culturas, incluindo a integração de práticas potencialmente desestruturantes para a pessoa na experiência.

Ao longo de muitas tradições e culturas, em função da relatividade e da natureza subjetiva do conceito de saúde e de doença, o que é normal ou patológico, são ou insano, varia consideravelmente<sup>29</sup>, mas o elemento do equilíbrio na tônica da saúde e desequilíbrio na tônica da doença parece permanecer em comum, ainda que sob a forma de um resíduo distante nas concepções que de alguma maneira se distanciaram, pelo excessivo

---

<sup>29</sup> Não me reportarei a esta discussão neste trabalho, visto não ser esse o direcionamento do que pretendo abordar.

mecanicismo e fragmentação em suas concepções e postulados, concebendo um equilíbrio estático, firme e inflexível e, historicamente, perdendo a noção das inter-relações e do equilíbrio dinâmico que o processo requer.

Reverter tal lógica é um duplo desafio, pois se lida com um todo complexo de metáforas expressas pela dinâmica individual e coletiva do ser humano, diante de si e do mundo e do mundo em relação a si, num conjunto intrinsecamente relacionado de sofrimentos psíquicos possíveis e formas de adoecer cada dia mais expressivas e presentes na sociedade humana em função da crise da fragmentação ora presente e historicamente apresentada.

#### **4.3 Esboço histórico da determinação social das políticas em saúde /doença mental no Brasil**

Na origem das teorias e práticas psiquiátricas também encontram-se fatores econômicos, políticos e ideológicos, congregando todo um conjunto de representações e valores em uma lógica que impulsiona a lei e a ordem. É neste contexto que as raízes da prática institucional prolifera, no âmbito de uma elaboração alicerçada na óptica do capital, em que aptidão ou inaptidão para o trabalho e a capacidade de conviver com a força de um novo jugo expressam os parâmetros da normalidade e do ajuste social aos novos moldes.

Para Costa e Tundis (1987), a ideologia psiquiátrica nasceu para tornar possível classificar como doente mental todo o comportamento

inadaptável aos limites da liberdade burguesa, tendo por base o aval técnico cientificista para o exercício da violência contra as classes populares/marginais, constituídas de indivíduos e/ou grupos de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem-se adaptar a uma nova ordem social, constituíam ameaça a esta ordem (p. 12). Assim, os inadaptados sociais passam a ser execrados na expressão de sua “patologia social”: é a origem de um estigma que reforça, até hoje, os deserdados do rótulo da sanidade mental, como perturbadores da ordem e da paz social. A Psiquiatria, na sua expressão segregadora e atenuante de conflitos sociais, políticos, ideológicos e afins, aumenta de importância como saber médico constituído.

No final do século XVIII, com as idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, todo um movimento de denúncias acerca das condições de promiscuidade, confinamento e tortura começou a tomar corpo – o que embasou algumas reformas na assistência psiquiátrica, mas que, na verdade, não promoveram senão a substituição da violência franca pela velada da ameaça e das privações (Costa & Tundis, 1987). Apesar de indicações específicas de uma terapêutica clínica começar a ser defendida, as primeiras décadas da prática foram marcadas mesmo pela truculência e pelos mastratos, desnutrição, doenças carenciais e infecciosas e alta taxa de mortalidade.

No Brasil, as santas casas de misericórdia e outras instituições de caridade, existentes desde os séculos XVI e XVII, e que abrigavam pobres, velhos, órfãos e mendigos, não contavam até então com loucos. Estes passam, pela condição da marginalidade e não só por uma questão de caridade, a ser

ali incluídos. Grandes marcos compõem a história da assistência psiquiátrica como, por exemplo, a inauguração do hospício D. Pedro II, em 1852, o qual, uma vez criado, de pronto já estava lotado, confirmando uma situação vivenciada até os dias de hoje.

Por outro lado, o investimento no doente mental passa, na nova fase do capitalismo comercial e industrial brasileiro, a ser premente, pois delineia-se um novo momento político-econômico, consubstanciado posteriormente na Proclamação da República, quando a ordem é sanear as cidades, o que implicava a criação de colônias, cumprindo, assim, as políticas sociais, duplo papel: ocultar e manter as diferenças, atuando, como instrumento concreto de difusão de uma ideologia e, como mecanismo de controle da população, então dita “vulnerável”, dita “população-alvo”.

E tudo isso prosseguia. No final da década de 1950, ante a ineficácia das medidas e soluções propostas, o Hospício-Colônia do Juqueri, por exemplo, em São Paulo, abrigava cerca de quinze mil doentes com o rótulo de esquizofrenia (em uma estrutura originalmente construída para abrigar oitocentos) - era o caos instalado.

Após a Segunda Guerra Mundial, a prática em Saúde Mental psiquiátrica foi objeto de importantes transformações. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1950, recomenda aos países-membros, principalmente os em desenvolvimento, que invistam em ações de saúde mental - o argumento é o alto custo da doença mental para o processo produtivo. Ainda para a OMS (citada em Resende, 1987, p. 59), “o investimento em ações de saúde mental era uma proposta rentável economicamente, além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização”.

Foi, sobretudo, tardiamente, diante das demais políticas públicas, que a assistência psiquiátrica foi incorporada às questões da previdência social - somem-se a isso o descrédito e o caos que as experiências anteriores levaram. A Psiquiatria só será chamada a dar sua contribuição efetiva, como prática institucional e de massa, após 1964; some-se, então, o advento das drogas antipsicóticas no mercado, já presentes mesmo nos fins da década de 1950.

Após o golpe militar de 1964, nova fase se caracteriza pela extensão da assistência à massa de trabalhadores e seus dependentes. Optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, os quais se multiplicavam rapidamente em um verdadeiro fenômeno de captação de pacientes para os hospitais da rede particular. Na assistência psiquiátrica, a ausência de controle nas indicações de internação e no tempo médio de internação hospitalar inviabilizou e cronificou a circunstância da internação - era a indústria da loucura, aparentemente referendada no saber médico e no diagnóstico biológico...; ao hospital público dos moldes anteriores ficou reservado o doente sem vínculos previdenciários, os indigentes da vida e do Estado.

No fim de 1970, caracterizam-se as crises do Estado autoritário e fiscal. Um corpo de avanços das lutas democráticas no País, no campo da saúde, é formado. Particularmente, na área de Saúde Mental, esboça-se a organização do Movimento de Luta Antimanicomial, estruturando mais ainda a tendência à busca da reformulação do modelo vigente. Muitos movimentos e reformas aconteceram, mas não me proponho a apresentá-los aqui. Apenas destaco o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, 1970/1980 -

impulsionado a partir da Reforma Constitucional de 1986 e da criação do Sistema Único de Saúde.

Denúncias de favorecimentos ilícitos começaram a se avolumar e uma nova consciência também era formada naquele momento histórico. Foi um período de controle, supervisões e intervenção no âmbito do que se estabelecera. A assistência à Saúde Mental perde a importância relativa de que gozara nos anos imediatamente anteriores e entra em uma nova fase: a da lógica da racionalização do setor, diante do declínio da atividade econômica e dos altos custos pagos para a manutenção da legitimação do capital.

É este o cenário para compor a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o que foi demarcado nos idos de 1978 – 80. A emergência de uma nova categoria, ligada à Saúde Mental, caracteriza uma nova ordem de trabalhadores nesta área, “mais que a simples incorporação efetiva de uma multidisciplinariedade até então meramente discursiva” (Delgado, 1987, p. 173), num espaço não institucional, de caráter múltiplo de possibilidades e construções.

Nesse palco de propostas e intervenções, diversos agentes sociais interagem e, com o processo de redemocratização no início da década de 1980, outros marcos expressam, contingencialmente, avanços, derrotas e conquistas do pensamento e práticas sanitárias e, conjuntamente, do pensamento e práticas em Saúde Mental, em um caminho historicamente permeado de negociações, no contexto das transformações ocorridas no País.

Nos dias atuais, os problemas emergentes, entre outros, falam por uma articulação ao Sistema Único de Saúde, cujos princípios precisam ser

incorporados, por exemplo, à assistência psiquiátrica na abordagem coletiva. Por si, no entanto, novos serviços externos não garantem de fato sua natureza não manicomial, o discurso da humanização, se não incorporado em atitudes e práticas, em um olhar mais amplo acerca do humano, a partir de um modelo mais incluyente que conceba um amplo espectro de experiências da consciência, não significa, na prática, mudanças mais profundas na assistência, na qualidade do manejo de suporte e de integração das vivências de “crises” experienciadas com elementos de natureza psicótica.

Nesse sentido, a apropriação acerca do potencial trans-forma-a-dor que este processo pode se revestir tem sido perdida dentro da ação centrada no diagnóstico, na massificação dos critérios de anormalidade, na medicação, sem a inclusão da pessoa – o que, por si, já é separatista e fragmentador, estruturador de cenários concretos de dissociação e cisão, em um modelo “esquizofrenizado”, instalador de toda uma dinâmica despotencializadora e mantenedora da expressão da separação, distanciamento e sofrimento psíquico nas e das pessoas.

Nesse âmbito, os impasses da articulação prática passam por questões diversas e amplas, paradigmáticas, concebendo-se aspectos como o sistema do capital, com seus interesses econômicos, vontade política, etc. - na visão macro - e questões de cunho individual, do manejo criador e das percepções de mundo, por categorias profissionais e por profissional, como individualidades na construção de um processo coletivo - na visão micro.

Não me disponho, neste trabalho, a discutir mais aprofundadamente estratégias de intervenções no âmbito social, na política de saúde e suas implicações nesta questão, mas enfatizo o papel do profissional como agente

de saúde e seu compromisso ético e científico com o bem-estar e a saúde humana, em uma prática comprometida com a transformação, uma vez que todos se constituem enquanto agentes ou dessa transformação ou da alienação e perpetuação de um modelo que reforça a doença, a patologia e a despotencialização, seja no âmbito individual, na clínica psiquiátrica ou psicoterapêutica, ou mesmo no regaço da assistência coletiva.

(Re)construir a poesia da vida, o saudável, entretanto, buscar o elo perdido na dor e no transtorno me parece possível no contexto da Saúde Mental, inclusive, da Saúde Mental Coletiva, centrada em uma visão crítica e ampla diante das questões existentes. Apesar de mecanismos institucionais, opressivos e massificadores, de toda uma gama de problemas sociais, também percebo na ação dos indivíduos/equipe de saúde a importância do papel único, uma vez que as equipes de saúde são agentes que registram presença no encontro diante da pessoa em sofrimento psíquico.

Dessa forma, construir a Saúde Mental é propor a arte do encontro possível que o crescimento e a transformação adquirem; o retorno do caminho perdido que acontece com toda beleza e encantamento, apesar da dor, angústia e medo, é um todo de sombra e luz a prenciar a clareza de si mesmo em perceber-se, buscando o saudável que trans-cende e trans-forma, que afirma, elabora e integra, dentro do movimento dialético necessário.

Nesse sentido, cito Miranda (2001), para quem o encontro é fenômeno de transcendente significação, sendo a marca essencial de todo encontro autêntico, a relação de transcendência mútua presente em todas as suas modalidades... É algo que brota de duas realidades humanas, em presença, umas das outras... Também considero o que refere Schlien (1976),

reportando-se à consciência da experiência dupla, restaurando a consciência do eu, em que paciente e terapeuta se reconhecem na influência recíproca de um para o outro e conclui: “quando o eu está sendo, o autoconceito pode mudar” (p. 189).

É necessário ultrapassar o contexto da “medicalização” e/ou da rotulação diagnóstica, apontando para o estabelecimento de um modelo em Saúde Mental, com vistas à proposição da integralidade do Ser, que transforme a lógica da doença e acesse a ética do saudável, dentro de tantas possibilidades terapêuticas, inclusive no contexto de uma prática sanitária e comunitária, no foco do exercício de uma psicopatologia crítica<sup>30</sup>.

Outro aspecto pode ser uma compreensão mais abrangente acerca do sofrimento psíquico, permitindo uma visão mais ampla, centrada no que há de saudável e transformador, que inclua variadas lentes na composição da busca da compreensão da experiência vivida, procurando aproximar a visão do Ser, de sua unidade, em uma proposta de “re-união” das partes cindidas e separadas ao longo do processo, centradas no que há de saudável no cerne deste processo: a Consciência. Na prática que adotei, isso foi melhor compreendido por mim na visão da Psicoterapia Transpessoal, a partir de toda uma fundamentação centrada em um modelo holístico, inclusivo de vários estados de consciência e de toda uma cartografia da consciência que envolve a experiência vivida e seu potencial transcendente, dentro de um amplo espectro da consciência humana, tal como descreverei no capítulo seguinte.

---

<sup>30</sup> Para Moreira (2002), em *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica - um olhar crítico*, é fundamental para a compreensão do fenômeno psicopatológico de maneira não ingênua, em sua complexidade e em suas determinações múltiplas, nuances que se constituem também cultural e ideologicamente (p. 125).

## 5 DA PSICOLOGIA E DA PSICOTERAPIA TRANSPESSOAL

Na minha prática psicoterapêutica, aplico o referencial da Psicologia Transpessoal. Tenho por intermédio desta abordagem, a possibilidade de olhar por uma lente mais ampliada, múltiplos aspectos de uma experiência vivida de uma pessoa e ir além com essa pessoa – em aspectos nos quais o pessoal é *transcendido*, tendo no *trans*-pessoal a manifestação de uma proposta mais ampla, inclusiva e integral, ou seja: mais Holística.

A Psicologia Transpessoal engloba os aspectos do desenvolvimento psíquico, já estabelecidos pela Psicologia clássica, ampliando-os e estudando cientificamente os chamados estados incomuns de consciência<sup>31</sup>, com repercussões práticas nas concepções de Homem e de mundo. Como referem Basso e Pustilnik (2000), “em seus estudos epistemológicos, a Psicologia Transpessoal tem incorporado estudos originários da própria psicologia ocidental, das tradições filosóficas e sagradas do oriente e ocidente, assim como da biologia e da física contemporâneas” (p. 16).

---

<sup>31</sup>No curso da pesquisa em Psicologia Transpessoal, com a compreensão e estudo de tais estados, historicamente estes foram descritos como: estados alterados de consciência, estados incomuns de consciência, estados modificados de consciência, estados não usuais de consciência, estados de cume, estados platô, estados de consciência cósmica, estados ampliados de consciência, estados holotrópicos de consciência, entre outros. O psiquiatra Stanislav Grof ampliou essa compreensão em *Além do Cérebro* (1987), quando incluiu o que chamou de “cartografia do espaço interior”, um mapa de fenômenos mentais abrangendo domínios além das experiências reconhecidas pelos limites do ego, incluindo também estados que não somente eram identificados com experiências numinosas e potencialmente místicas, cunhando a expressão *Emergência Espiritual* (1989) com seu livro do mesmo título e incluindo ampla variedade de experiências como crises de transformação, inclusive, a descrição do que referiu como a noite escura da alma, no que descreve, entre outros elementos, ser “*a Tempestuosa busca do Ser*” (1990).

A Psicologia Transpessoal tem postulados que a sustentam e expressam a força de um modelo - um paradigma - o qual está a pôr em questão os próprios postulados da ciência contemporânea, pois esse modelo permite compreender a relação na qual *psique* pode transcender o cérebro e demonstrar ao mundo científico a Consciência como fundamento original do ser<sup>32</sup>, que se manifesta como sujeito, optando e provocando o colapso da função de onda quântica, sendo a matéria e a experiência material derivadas da possibilidade desse processo. Essa visão muda radicalmente a perspectiva da pessoa, pois ela não é mera expectadora de sua vida, mas agente ativa da experiência, sendo a vivência da realidade função do estado de consciência em que se encontra cada um. É esta, sem dúvida, uma contribuição bem importante à humanidade e ao mundo científico.

A descoberta, ou redescoberta, de que existem outros estados de consciência além da nossa consciência de vigília e que nestes estados enxergamos e vivemos aspectos diferentes da realidade como costuma ser percebida pelos nossos cinco sentidos constitui o desafio mais empolgante do século vinte para a ciência (...). Esta perspectiva vem de encontro as mais recentes descobertas da Física Moderna, a tal ponto que as descrições da realidade pelos físicos, dificilmente se distinguem das descrições da mesma realidade pelas pessoas que entram nestes diferentes estados de consciência (Saldanha, 1997, p. 20).

---

<sup>32</sup> Vide Gowsami (2000) em *A janela visionária*.

Outro aspecto é que a Psicologia Transpessoal “dá ênfase ao reconhecimento da espiritualidade<sup>33</sup> e ao potencial do indivíduo para a transcendência<sup>34</sup>, considerado intrínscico à natureza humana”. (TAVARES, 1993, p.100). Nesse sentido, o termo *trans*-pessoal se refere à existência de algum tipo de processo que, de certo modo, vai além do indivíduo, além do pessoal, no sentido daquilo no qual a pessoa se reconhece, em um modelo de consciência abrangente num amplo espectro<sup>35</sup>.

Como formulação científica, a Psicologia Transpessoal, então chamada quarta força em Psicologia<sup>36</sup>, tem apenas 38 anos de existência, no entanto, já uma farta e cada vez mais atual literatura é elaborada e ratificada

---

<sup>33</sup> Em transpessoal, o conceito de espiritualidade é mais amplo do que a tentativa de enquadrá-la numa vertente mística religiosa, passando por um conceito quântico, referenciado em vários importantes autores, como em algumas obras de Capra, inicialmente, em *O Ponto de mutação* (1982), *O Tao da Física* (1983), *Pertencendo ao universo* (1992), *A teia da vida* (1996) e, posteriormente, *As conexões ocultas* (2002), culminando com questões acerca de uma ecologia profunda e relação do Ser, relacionada com um modo de consciência no qual o indivíduo tem uma sensação de pertinência, de conexidade, o que Capra demonstra na própria organização da vida; assim, espiritualidade passa a ser toda uma gama de inter-relação, interconexão e profundo senso de relação presente no Ser e em todas as coisas no universo, referenciada a partir da chamada teoria da complexidade, entre outros elementos. Além disso, os trabalhos de Gowsami, em *O universo auto consciente* (1993), *A janela visionária* (2000) e *A Física da alma* (2005), bem como os de tantos outros autores, como Weil, Le loup, Wilber e Sheldrake – com falas diferentes -reportam-se à “espiritualidade como algo que caracteriza o relacionamento entre a pessoa e o universo e não requer, necessariamente, uma estrutura formal, um ritual coletivo ou a meditação feita por um sacerdote”, como expressam Grof e Grof em *A tempestuosa busca do Ser* (1990).

<sup>34</sup> No sentido de ir além de.

<sup>35</sup> Vide os trabalhos de Wilber e Grof, nas referências bibliográficas.

<sup>36</sup> Vera Saldanha, em *A Psicoterapia Transpessoal* (1997), faz uma apresentação das chamadas forças em Psicologia apontando que: a primeira força, Behaviorismo, surge com os trabalhos de Pavlov e Skinner, e consiste no estudo do comportamento objetivo em função, essencialmente, de estímulos e respostas, via condicionamentos. É relacionada ao materialismo científico de Descartes e base para a psicoterapia comportamental e a psicoterapia cognitiva. A segunda força, Psicanálise, surge com Freud; seus postulados básicos são: a análise das experiências da primeira infância como momento decisivo para o estabelecimento do conflito, a importância do inconsciente na determinação do comportamento humano e a ênfase na sexualidade infantil. É base para a própria Psicanálise e as psicoterapias de orientação analítica. A terceira força, Humanista, possui como embasamento a Filosofia fenomenológica existencial. Surgiu como uma reação ao materialismo científico da Escola freudiana. Seus postulados básicos se referem à compreensão da existência humana, à busca do sentido da vida e o homem inserido no seu ambiente social. Seus principais defensores foram Frank e Rogers, entre outros. É base para várias linhas terapêuticas, como a centrada na pessoa de Rogers, a Gestalterapia de Perls, a Bioenergética de Reich, a logoterapia de Frank, entre outras. A quarta força, por sua vez, no início trans-humanismo e, posteriormente, transpessoal.

pelos postulados de uma ciência oficial que penetra os labirintos do micro e macrocosmos, tecendo inter-relações tais, confirmando a concepção holística do homem e do universo em uma disposição holográfica e dinâmica a referendar a superação do paradigma, ainda oficialmente vigente, já abordado no capítulo 4.

A revolução conceitual da Física moderna prenunciou uma iminente revolução em todas as ciências e uma profunda transformação na visão de mundo, “na medida em que está focando sua atenção no mundo subatômico; o que lhe permite e permite a nós produzirmos generalizações filosóficas. Ela está, deste modo, atingindo um novo parâmetro (paradigma) de Consciência” (Luckesi, 2000, p. 10).

Com o surgimento da Física moderna, e de concepções holísticas adotadas na escola humanista e em função de relatos experienciados por clientes de psiquiatras e psicólogos em diversas partes do Ocidente, toda uma nova realidade pode ser considerada. Trazida aos profissionais desta área, em virtude da vivência de outros níveis de realidade acionados pela liberação sexual, uso de drogas psicodélicas, práticas de meditação, experiências extracorpóreas, experiências de êxtase etc., chegou-se à consideração de que os níveis de realidades descritos e vivenciados por aquelas pessoas não podiam mais ser descartados como mera psicopatologia, dado o caráter curativo que tais experiências acessavam para muitos.

Em 1957, começa a despontar o termo transumanismo, criado pelo teórico Huxley, o qual ainda hoje é mantido em algumas Universidades do Canadá, como resultado do processo de percepção dos problemas existenciais humanos, numa dinâmica transcendente. Na década de 1960, Stanislav Grof,

médico checoslovaco radicado nos Estados Unidos, em pesquisas com LSD, identificou diferentes estados de consciência, bem como reminiscências de memórias pré e perinatal. Victor Frank, também médico, relatou a sua experiência em campos de concentração, enfatizando que sobreviveram aqueles que acreditavam que sua vida tinha um sentido, que tinham algo a realizar.

Stanislav Grof e Victor Frank, aliados a James Fadiman, Antony Sutich e Abraham Maslow, oficializaram, em 1968, a Psicologia Transpessoal, “enfocando o estudo dos estados não usuais da consciência e o reconhecimento das dimensões espirituais<sup>37</sup> da psique” (Saldanha, 1997, p. 32), tornando-se a Psicologia Transpessoal expressão científica do Paradigma Transpessoal em Saúde Mental.

O paradigma Transpessoal se preocupa em entender o campo da investigação psicológica, a fim de incluir o estudo do estado ótimo da saúde psíquica e do bem estar. Reconhece a potencialidade de fazer um grande leque de estados de consciência, alguns dos quais podendo conduzir a uma extensão de identidade além dos limites habituais do ego e da personalidade (Walsh & Vaughan, 1980, p. 18).

Falar em Transpessoal, no entanto, ainda não é bem-visto pelos cientistas formados sob o referencial materialista, positivista e toda uma lógica mecanicista. Aceitar a visão de mundo proposta pela Física moderna,

---

<sup>37</sup> Vide item 2.4.

principalmente no que se refere às derivações inclusas no conceito de energia, por exemplo, ao caráter espiritual da *psique*, é alvo de argumentação e rotulação de não-ciência, num grande equívoco que trai o próprio caráter e essência do termo ciência e da metodologia científica. Tais equívocos evidenciam o desconhecimento acerca de todo um corpo teórico que tal paradigma expressa, fortemente alicerçado na ciência e na objetividade – um dos precedentes metodológicos e científicos que endossam as garantias de um novo modelo, inclusive daquele ainda vigente, uma vez que

A psicologia transpessoal encontra ligações significativas com os elementos postulados na física quântica e relativista, nas observações de Marx Planck, Albert Einstein, Fritjof Capra e David Bohm, na teoria dos sistemas de informação, nos estudos das estruturas dissipativas de Ilya Prigogine, na teoria dos campos morfogenéticos do biólogo Rupert Sheldrake, bem como nos recentes estudos em neonatologia, embriologia, genética, tanatologia e psiconeuroimunologia (Saldanha, 1997, p. 33).

A visão de mundo na Transpessoal é a de um todo integrado, sendo a conexão fundamentada nos conceitos quânticos acerca dos vários níveis de campos e estabelecida pela energia (a própria matéria é energia condensada em vários níveis e campos, os traçados do eletrocardiograma, demonstrando a frequência do músculo cardíaco ou mesmo do eletroencefalograma da frequência cerebral, o funcionamento das sinapses cerebrais ou mesmo de organelas celulares, como as mitocôndrias na produção de ATP celular,

envolve energia nas mais variadas especificidades), formando uma rede de inter-relações de todos os sistemas existentes no universo.

Isso foge à lógica linear de causa e efeito, da dinâmica das moléculas, entrando na lógica ou não-lógica do universo subatômico, o que, por sua vez, não nega o mundo das moléculas, mas amplia a compreensão de um mundo que é atemporal e não espacial, como a própria *psique*, nos seus vários níveis ou estados de consciência.

### **5.1 Da prática psicoterapêutica transpessoal**

O principal enfoque da Psicoterapia Transpessoal é experiencial, mobilizando conteúdos nos variados níveis de inconsciente, dentro da vasta cartografia possível, no contexto da abordagem transpessoal, para desbloquear a energia oriunda de toda uma extensa etiologia de sintomas experimentados no âmbito do sofrimento psíquico, com o intuito de viabilizar a expressão e o contato (por meio da experiência) com o sintoma reprimido na experiência originalmente vivida em busca do reequilíbrio buscado. A Psicoterapia Transpessoal propõe um processo terapêutico no qual a psique, alicerçada nas suas funções psíquicas e na experiência, cria condições de acionar uma chamada nova ordem mental superior<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Vera Saldanha em *A Psicoterapia Transpessoal* (1997), apresenta observações da prática psicoterapêutica transpessoal, mostrando que os conflitos não são transformados, transcendidos,

Valoriza a experiência, a vivência total do paciente em vários níveis, que vão da consciência de vigília à consciência de estados ordinariamente desconhecidos da Consciência e, por isso, não conscientes; em outras palavras: busca trazer à luz da consciência (de vigília), ou, com a consciência, conteúdos ainda não atualizados conscientemente e, por isso mesmo, assustadores e perturbadores, geradores de conflitos, a fim de que esta se aproprie da experiência e possa, por exemplo, (re)significar as metáforas expressas nos sintomas, ditos patológicos - os quais, na maioria das vezes, são expressões de um sofrimento psíquico em múltiplos níveis de ressonâncias simbólicas, e não de uma psicopatologia, no caráter nosológico do termo.

A Psicoterapia Transpessoal avança em relação às abordagens anteriores, justamente no aspecto de reconhecer o potencial transformador e curativo desses estados, ditos não usuais ou alterados da Consciência, e a importância de que estes possam ser manifestos, numa dinâmica experiencial, utilizando técnicas para mobilizar a *psique* e acessá-los, com todos os seus conteúdos racionais ou não, afetivos e intuitivos, assim percebidos pela consciência (de vigília) e por ela apropriados para a elaboração e integração no Ser, num processo da pessoa de se perceber como Consciência, mobilizando uma inteligência/sabedoria profunda, geradora de todo um processo de crescimento e transformação.

Tais estados, ditos antes alterados e hoje holotrópicos da consciência, compreendem uma cartografia extremamente complexa com um

---

no mesmo nível em que foram originados. É necessário um estado mental de outro nível, mais elevado, para fazer emergir novas respostas, emergindo dos níveis do supraconsciente (usando a cartografia de Kenett Ring) a manifestação do que Saldanha denomina de eixo evolutivo da Ordem Mental Superior. Toda a dinâmica terapêutica da Transpessoal insere manancial de recursos interiores que a própria pessoa tem e que pode ser acessado sobre certas circunstâncias, sendo este manancial de recursos o ponto central do trabalho terapêutico dessa abordagem – a própria manifestação da ordem mental superior.

corpo teórico bastante profundo, ancorado nos postulados já descritos aqui e proposta por vários autores, entre eles Kenett Ring, autor de uma das mais completas cartografias da consciência<sup>39</sup>, nesta área.

Weil (1992) exprime: a vivência da realidade é função do estado de consciência<sup>40</sup>, sendo que cada vez que um estado se atualiza, os outros estados se potencializam, permitindo que percebamos a mesma realidade de modo diferente, mas nem por isso mais ou menos verdadeiros. (p.35). O que tais estados expressam é a própria expressão da vivência, da questão ou mesmo do sintoma, que antes de ser verdade, certeza, fantasia ou imaginação é a expressão da *psique* naquela que, para esta, é a sua verdade psíquica, sua experiência vivida e que, portanto, não pode ser desconsiderada ao nível de resolução de um conflito/sintoma.

Na maioria das vezes, essa desconsideração, propicia que os conteúdos contactados em determinada experiência sejam percebidos de forma obscura e assustadora; porém, (re)significados pela Consciência, uma vez integrados e apropriados por esta, mediante o que é evidenciado pelo

---

<sup>39</sup> Para Ring, em *A Cartografia da Consciência Humana* (1978, p.57-88,) a consciência de vigília está no ápice de uma estrutura, enquanto os outros estados se situam de forma descendente e abrangente: consciência de vigília, domínio habitual dos conteúdos que ocorrem em seus pensamentos e ações; pré-consciente, vestíbulo da anterior; inconsciente psicodinâmico, que equivale ao conceito freudiano de inconsciente; inconsciente ontogenético, expressão de experiências dificilmente expressas por meio das abordagens tradicionais da mente, transição entre a consciência pessoal e transpessoal pois aqui ocorre a vivência das passagens (nascimento, medo e morte); inconsciente transindividual expressa experiências que transcendem o ego do indivíduo, envolvendo experiências ancestrais e arquetípicas; inconsciente filogenético expressa experiências que trazem recapitulação da vida animal e vegetal; o inconsciente extraterreno expressa domínios da Consciência que se estendem para além do Planeta, por fenômenos de percepção extra-sensorial, expressos pela não-localidade da consciência; supraconsciente, em que ocorrem experiências de profundo êxtase espiritual, com uma compreensão intuitiva do processo de criação universal; e o último estado de consciência seria o vácuo, o puro ser, além de qualquer conteúdo e/ou polaridades.

<sup>40</sup> Ken Wilber, em *O Espectro da Consciência* (1977), amplia toda uma discussão epistemológica a respeito, relacionando com uma base psicológica, observando que diferentes modos de conhecer a realidade correspondem a diferentes níveis ou estados de consciência, a faixas distintas e reconhecíveis do que denomina espectro da consciência.

acesso desses níveis (inconscientes) e suas ressonâncias, além de toda catarse ab-reativa e integradora associada à (re)experiência, possibilita toda uma espécie de reconstituição de sentido, ou mesmo constituição de uma “mitologia própria” - instrumento que, uma vez adequadamente trabalhado, se revela com profundos conteúdos de transformação, principalmente, quando apropriados pelos níveis transpessoais da consciência.

Assim, o que é caótico, atemporal e não espacial, expresso num sintoma inconsciente, passa a ser (re)organizado, (re)significado e *transformado* pela Consciência, considerando todo um leque de possibilidades e tocando as várias funções psíquicas, elaborando não só na mente analítica, racional, mas também na mente/Consciência que respira no corpo, nos sentimentos, nas emoções, nos pensamentos, nas intuições e no todo que é o Ser, levando o ego ao contato mais profundo com a experiência, tocando o *self* e ascendendo na sua viagem que o (trans) cende, indo além do construto mental egóico, em níveis (*trans*) que vão *além, por entre, através* da pessoa - em níveis *trans-egóicos* ou *trans-pessoais* da consciência.

Além da razão dos cinco sentidos, o homem possui em si mesmo um meio de acesso direto à realidade, acessado por si mesmo, facilitado pelo terapeuta como parceiro de jornada e facilitador da caminhada que, acessando o *self* transpessoal, promove elementos para uma ressignificação egóica, em um processo de morte, não como aniquilamento, mas como “renascimento” dessa estrutura, agora, na dimensão transcendente, acessando todo “um manancial de recursos que o próprio paciente tem e que pode ser acessado em

determinadas circunstâncias” (Saldanha, 1997, p. 71), em um caminho além do ego<sup>41</sup>.

Avançando nestas concepções, o próprio ego é uma forma de energia, pois, como refere Weil (1991); “o ego é uma forma de energia que pretende a posse de outras formas de energia. Isto é bastante ilusório (...). Tal ilusão se cria por outra forma de energia: a mente nos obriga a ver tudo de forma dual (...). Quanto mais consegue dissolver as dualidades ilusórias, tanto mais se aproxima o homem da unidade fundamental do Ser”<sup>42</sup>. (p. 62).

Assim, uma vez que o próprio ego é tocado, na dinâmica transpessoal, um intenso processo de transformação, morte e renascimento inicia um complexo processo de desidentificação com uma série de papéis que este até então executara e acreditara desempenhar e ser; tal processo impulsiona a (re)significação da própria vida com uma intensa transformação de atitudes, valores e formas de conceber.

Saldanha (1997, p. 35-132), no livro *A Psicoterapia Transpessoal*, apresenta sua elaboração na forma de sistematizar o que chamou *Terapia Integrativa Transpessoal*, numa metodologia bastante didática, e constituída: 1. pelos aspectos teórico - estruturais e dinâmicos; e 2) um conjunto de técnicas - permeando desde as intervenções verbais às chamadas técnicas interativas,

---

<sup>41</sup>Como referem Basso e Pustilnik, em obra citada (2000), ir além do ego requer possuir uma personalidade bem estruturada, que suporte render-se e entregar-se. O eu necessita estar bem estruturado para poder vivenciar e manifestar as experiências transpessoais. É uma consciência que vai além do pessoal, incluindo-o.

<sup>42</sup>Ainda segundo as autoras, Basso e Pustilnik, em obra citada (2000), a compreensão do aspecto ilusório da consciência sob a perspectiva da fragmentação só é possível de ser compreendida caso se tenha presente a experiência da mente unitiva. No nível da consciência sensitiva e intelectual, a relação do sujeito com o mundo se faz, de fato, pelo processo diádico. Nesse nível, a fragmentação parece natural e verdadeira. Só é possível ter clareza de sua fragmentação sob o foco da experiência e da consciência unitiva, transpessoal.

demarcadas com etapas próprias que pedem a elaboração do processo terapêutico de orientação transpessoal.

Baseada no trabalho da autora, sinteticamente apresento parte desta metodologia a fim de que, posteriormente, seja concebida a relação com a visão de homem e o manejo psicoterapêutico, a saber:

### 5.1.1 Aspectos Teóricos:

#### *5.1.1.1 Estruturais*

Constituído de cinco elementos a alicerçar a estrutura do corpo teórico da Psicologia Transpessoal: conceitos de unidade, vida e ego, estados de Consciência e cartografias da Consciência.

Simbolicamente, é no conceito de unidade que se tem o eixo ou o centro da teoria transpessoal – onde o aspecto da não-fragmentação é à base do processo terapêutico, na busca de reconstituir a unidade fundamental do Ser, de forma interligada aos demais elementos.

O conceito de vida transcende a dimensão temporal e é aqui visto como uma seqüência evolutiva, um *continuum*, onde todo e qualquer conteúdo trazido pela pessoa diz respeito a algo que é trabalhado de maneira integrada,

considerando a *psique* e suas manifestações muito além das limitações do espaço e tempo percebíveis.

O conceito de ego é concebido como um construto mental, sendo necessário para operacionalizar a vida cotidiana, mas que tende a estruturar e a manter aspectos da separatividade/dualidade e a estagnação em determinado nível ou estado de consciência. Nas experiências transpessoais, a “ruptura” com a realidade aparente permite redimensionar o conceito de ego, numa dinâmica de morte e renascimento deste, em que níveis interiores do Ser adquirem maiores importâncias, distanciando-se dos aspectos pessoais/egóicos, mas revestidos de tantos outros que o transcendem: os trans-pessoais e que são integrados nessa dinâmica transformadora.

Em outro extremo, nos estados psicóticos (não implicados em uma patologia orgânica), por exemplo, temos a emergência de vivências de conteúdos transpessoais (também pessoais e pré-pessoais), no entanto sem o devido ancoramento de que a Consciência necessita, para a sustentação e integração da experiência nesse nível de realidade, em níveis que variam das chamadas emergências espirituais a níveis de cisão mais extrema, constituidora da própria esquizofrenia.

São os estados de Consciência, na verdade, um dos pilares na base a compor este corpo teórico, ampliando e favorecendo a percepção de variados níveis de realidade; é o caminho pelo qual esta abordagem se diferencia das demais, uma vez que a existência de estados outros da consciência, que não somente o de vigília como expressão da natureza da mente humana, são referências para a compreensão da experiência de vivência da realidade. Todas as mudanças de consciência abrem vasto leque de vivências,

enquadradas por alguns autores em um mapeamento expresso nas chamadas cartografias da consciência.

As cartografias da Consciência são o outro pilar a compor a base do corpo teórico. Apresentam uma terminologia distinta, para cada autor, na qual conteúdos diferenciados são como que organizados em áreas correspondentes (apesar de não existir uma delimitação rígida) a situar conteúdos de experiências, possibilitando um mapeamento e uma compreensão melhor das regiões do inconsciente nas regiões pessoais e transpessoais da consciência, como um mapa indicativo da inteireza humana.

### 5.1.2 Aspectos Dinâmicos

Constituídos pelo Eixo Experiencial e Evolutivo.

O processo transpessoal é antes de tudo experiencial, conforme já mencionado. Leva-se a pessoa a experienciar, ou mesmo (re)experienciar, os sintomas expressos pela razão, emoção, sensação e intuição, transformando o discurso linear, racional, na expressão de tais funções e, assim, por meio de várias manifestações da *psique*, ampliando a percepção da realidade e favorecendo a emergência de níveis superiores da consciência, fundamentais ao segundo eixo desta abordagem: o eixo evolutivo. Com as experiências de natureza psicótica, por exemplo, o caminho precisa ser inverso, no sentido de que muitos conteúdos inundaram a experiência, sendo o caminho o de

“ancoramento no corpo”, reconstrução e ressignificação, a partir dessa compreensão mais profunda que o manejo transpessoal possibilita, na constituição de um continente de sustentação e do que chamo uma espécie de “suporte de ancoramento”, aspectos que já abordei no capítulo 3.

Certos estados de consciência evidenciam uma percepção mais ampla da realidade, acompanhados de sentimentos outros que incluem aspectos éticos, ecológicos, transformadores das situações de intenso conflito e aparentemente insolúveis. É como se acessasse outra ordem suprema, diferente daquela onde o conflito teve origem, gerando uma possibilidade de soluções não percebidas e discriminadas do nível em que se produziu o sofrimento, a dificuldade. A possibilidade real de transmutação acontece e ocorre em outro nível de realidade; é o eixo evolutivo trazendo consigo a apreensão do sentido da experiência.

### 5.1.3 Técnica Transpessoal

Na Psicoterapia Transpessoal, trabalha-se com os conteúdos que a pessoa traz, tais como foram apresentados por ela, sem interpretá-los, levando o indivíduo a *experienciar* estes conteúdos de forma a percebê-los de uma maneira ampliada, além do vivido, numa dinâmica de superação da dualidade e transmutação do seu momento atual; é uma espécie de possibilidade para a percepção da síntese, da globalidade, até onde for possível naquele momento,

levando a reconciliação do indivíduo com os objetos externo e interno, independentemente do conceito de certo e/ou errado. É a própria vivência do transcender, do ir além, no encontro de si mesmo.

Neste tocante, há uma variedade de técnicas utilizadas na prática psicoterapêutica. Saldanha (1997) sistematiza-as, classificando-as em cinco grandes grupos, a saber: intervenção verbal, imaginação ativa, símbolos da experiência transpessoal, reorganização simbólica e técnicas do nível interativo.

As técnicas de intervenção verbal representam toda uma gama de intervenções que facilitam estabelecer o vínculo terapêutico; o terapeuta vai, por assim dizer, facilitar, clareando o *insight* evolutivo, cuidando com o outro do processo de elaboração, que, acima de tudo, é do outro. É um tipo de intervenção que permeia todo o processo terapêutico, com a escuta e o olhar, antes: a atitude e a presença transpessoal.

Nas técnicas de imaginação ativa, tem-se a possibilidade de o inconsciente desenvolver imagens mentais que estão sendo criadas e contornadas por motivações mais profundas dos diferentes níveis do próprio indivíduo; nestes trabalhos, estimula-se a presença de uma chamada ordem mental superior, elemento de suma importância ao aspecto do eixo dinâmico do processo transpessoal.

Nos trabalhos com símbolos da experiência transpessoal, acessa-se aspectos evocativos que, segundo Assagioli (citado por Saldanha, 1997, p. 107), induzem a uma compreensão intuitiva direta, além de poderem ser utilizados como exercícios psico-espirituais, de ativação para uma percepção

mais ampla da realidade, favorecerem a criatividade e a intuição; no entanto, é preciso percebê-los ainda no aspecto da dualidade e não como um fim em si mesmo.

As técnicas de reorganização simbólica facilitam a organização de determinados conteúdos, numa seqüência lógica e adequada, seja no plano psíquico, temporal ou espacial, o que é possível por meio dos estados modificados de consciência dos conteúdos mobilizados.

As técnicas interativas pressupõem um manejo terapêutico que articula diferentes conteúdos do inconsciente, nos vários estados de consciência. Há aprofundamento e elaboração de conteúdos trazidos pelas pessoas, em sete etapas específicas<sup>43</sup>. Sendo etapas sensibilizadas por meio de um nível imaginário vivencial, em diálogos durante jornadas de fantasias, imaginação ativa, psicodrama interno, exacerbação de sintomas, personificação, grafismo, representação simbólica, objetivação de conteúdos, regressão de memória, psicodrama transpessoal e outros (Saldanha, 1997, p. 118).

Vale lembrar que nem sempre as etapas são bem definidas entre si e que, em algumas situações, as pessoas se encontram intensamente fixadas

---

<sup>43</sup> As sete etapas propostas são: 1. Reconhecimento: permite-se exacerbar o sintoma para clarificar o que está confuso; 2. Identificação: a dinâmica psíquica é realçada; contextualiza-se o sintoma, estimulando-se a liberação da emoção da forma mais intensa possível; 3. Desidentificação: após o experienciar da identificação, depois da catarse ab-reativa à catarse de integração, favorecendo a resolução e precedendo a etapa da transmutação; espécie de limítrofe na vivência do eixo experiencial; 4. Transmutação: momento de ebulição psíquica. A passagem de uma condição de apego para uma condição de alívio, com a percepção de outras possibilidades, no interagir de diferentes níveis de consciência em *insights* que favorecem a transformação; 5. Transformação: a situação anterior de conflito é sentida de forma diferente, muda o direcionamento da mente no sentido da elaboração; 6. Elaboração: os *insights* fazem sentido; há apreensão global da situação. É a presença do eixo evolutivo demarcando esta nova etapa. 7. Integração: a pessoa integra todo o processo a sua situação atual com novas perspectivas e percepções relativas aos conflitos trazidos.

em uma delas; no entanto, apesar de a cada sessão trabalhar-se com aspectos de possíveis fases com maiores dificuldades, em cada sessão, também, as sete etapas devem ser trabalhadas.

É interessante destacar a observação da autora:

Observamos que o processo terapêutico como um todo se situa, desde seu início, em cada uma dessas etapas, até sua conclusão final. Contudo, em cada sessão, cada fato deverá se esgotar e ser trabalhado as sete etapas, concluindo-o. (Saldanha, 1997, p. 121).

Todos esses recursos auxiliam a estruturar ou a (re)estruturar o ser na sua complexidade: reconhecendo, identificando, desidentificando, transmutando, transformando, elaborando e integrando situações de conflitos/apegos e acionando um movimento energético de ascensão, uma espécie de eixo vertical, que transcende, no sentido de ir além, integrando à experiência vivida de uma maneira ampliada.

Ao mesmo tempo, à medida que a experiência é elaborada e integrada ao todo, a vivência da realidade se amplia; os aspectos meramente egóicos são transformados, numa dinâmica de transcendência e de transpessoalidade, “a fantasia da separatividade se dissolve e, com ela, a crença em um eu dissociado do universo; o ser humano se (re)estabelece como *holos*” (Weil, 1987, p. 107), até onde for possível, para aquele momento.

Integram-se, com efeito, áreas da *psique* conflitantes, em um espaço psíquico de possibilidades de resoluções, mediante níveis supra/superiores, em que conceitos e valores passam a ser reformulados e a apreensão do sentido da vida e da morte revista, como etapas de transição/transformação da

evolução infinita ou, mesmo, trans-finita, uma espécie de contato... percepção... experienciação. Trata-se de uma holopráxis<sup>44</sup> íntima, numa vivência holística, transpessoal e ética, a reaver a inteireza do Ser.

Considerando-se o Ser como esse *holos*, sua expressividade se aplica em todos os níveis experienciais da existência, num exercício de metáforas e expressões, complexas e elaboradas, expressas na forma mundana de ser e estar, tendo no âmbito da experiência vivida o campo de expressão da busca dessa unidade, ao mesmo tempo em que se faz em sua inserção no mundo como algo intrinsecamente relacionado, onde a dicotomia interno/externo passa a ser inexistente.

O cotidiano da pessoa, contudo, é uma experiência dual, usualmente percebida pelos cinco sentidos e incorporada à experiência por toda uma via de acesso expressa pelas várias funções psíquicas atuantes, conflitantes ou não; pela razão, emoção, sensação e intuição; pela alma e pelo corpo; pelas fantasias, delírios, alucinações e todo um conjunto de verdades psíquicas expressas ou abortadas, que são próprias da pessoa, da individualidade em movimento e em construção, diante do ato criativo da vida.

Nesse sentido, eu poderia falar do Ser também como individualidade, ou mesmo indivíduo, no sentido daquele que não pode ser dividido, pois é na perspectiva do conceito de unidade que se tem o eixo ou o centro da teoria transpessoal – onde o aspecto da não-fragmentação é a base do processo terapêutico, como citado no item anterior. Não nego aqui a

---

<sup>44</sup> Pierre Weil, em *Nova Linguagem Holística* (1987a) estabelece o conceito de *holopráxis* como o caminho vivencial para a experiência holística, de natureza transpessoal. Por outro lado, tal conceito inclui também atividades desenvolvidas no pleno de sociedade que tenham por objetivo construir pontes sobre as fronteiras e/ou fragmentações, além de atitudes que visem à busca e à prática do que o autor chama uma nova ética.

importância da parte, o que questiono é a supremacia dela e a negação do todo, pois, como refere Weil (1987b), “é graças à dicotomização fenomenológica do Ser que ele pode ter existência. Essa dicotomização, tão bem expressa no taoísmo pelas expressões yin e yang, é uma condição *sine qua non* da experiência (...) são interdependentes e, afinal, expressão da mesma energia”. (p. 11).

Para o autor citado, em sua obra *A Neurose do Paraíso Perdido* (Weil, 1987b, p. 113), “a dialética dos contrários é uma condição da experiência da existência pelo próprio Ser e, paradoxalmente, a experiência da dissolução desta mesma dialética também faz parte do movimento do Ser (...). Esse processo implica seu próprio desaparecimento da vivência transpessoal, a qual é apenas o retorno do ser ao Ser”.

Nessa vivência de retorno de si mesmo, acessar os níveis transpessoais se caracteriza por uma ética natural e construtiva, propiciadora para que o acesso experiencial do ser humano ao mistério de si mesmo dissolva a fantasia da separatividade e, com ela, “a crença em um eu divorciado do universo [para que] um estado de equanimidade restabeleça a holoidentidade; o humano se restabelecendo como *holon* [já que] o ser humano é apenas o ser que se ignora” (Weil, 1987b, p. 107) - o que permite ir além de uma visão dualista, fragmentada e dicotomizada, integrando-se na experiência vivida que lhe constitui e se revela, em sua sagrada mundaneidade.

## 6 DO ESPECTRO PSICÓTICO DA EXPERIÊNCIA

### 6.1 Caminhando pelos Referenciais Diagnósticos

Do ponto de vista psiquiátrico, reporto-me à questão psicótica com a imagem de um leque, um espectro de situações clínicas que cursam com a emergência de toda uma gama de aspectos, aparentemente caóticos, na expressão da experiência vivenciada – o que na Psiquiatria é reconhecido como sintomas e/ou sinais que norteiam a possibilidade de hipóteses diagnósticas, neste âmbito.

Tais sintomas podem estar presentes como centrais na sua expressão e apresentação - como na esquizofrenia, por exemplo, ou como características associadas da expressão de um transtorno que envolva tal natureza de sintoma, mas sem se constituírem elementos centrais de sua expressão – como em uma situação clínica que envolva transtorno depressivo com sintomas psicóticos, por exemplo, derivando toda uma diversidade de estados e situações de expressão do sofrimento psíquico, em sua manifestação na esfera do psicopatológico.

No *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV* (DSM-IV, 2002), consta que o termo “psicótico” tem, historicamente, recebido definições diferentes, “nenhuma conquistando aceitação universal”. (p.303).

Este manual, contextualizando, elucida a noção de que a definição mais estreita de psicótico está restrita a delírios ou alucinações proeminentes, com as alucinações ocorrendo na ausência de *insight* para sua natureza patológica. Uma definição um pouco menos restritiva inclui também alucinações proeminentes que o indivíduo percebe como sendo experiências alucinatórias. Ainda mais ampla é a definição que também inclui outros sintomas positivos da esquizofrenia (discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). Ao contrário dessas definições baseadas em sintomas, a empregada em classificações anteriores (p.ex.: DSM-III e CID-9) provavelmente era demasiado abrangente e concentrada na gravidade do prejuízo funcional, de modo que um transtorno mental era chamado de “psicótico” se resultava em “prejuízo que interfere amplamente na capacidade de atender às exigências da vida”. O termo foi conceitualmente definido como uma perda dos limites do ego<sup>45</sup> ou um amplo prejuízo no teste de realidade (p. 303).

No DSM-IV (2002), no capítulo esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (p. 303-344), são apresentados: esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno psicótico induzido, transtorno psicótico devido a uma condição médica geral, transtorno psicótico induzido por substância e transtorno psicótico sem outra especificação, como transtornos que podem

---

<sup>45</sup> Nesse aspecto, é possível relacionar com o que Moreira (2004) propõe acerca da compreensão de psicótico como aquele que fica sem contornos. Tal imagem advém do trabalho de Merleau-Ponty e as analogias traçadas com a pintura de Cézanne, deformada e com múltiplos contornos, o que retrataria a realidade de uma forma muito mais exata; o vivido, na psicose, como pura cor que se dispersa sem limites em alguns momentos, ocasionando muito sofrimento psíquico.

Também relaciono com o que apresento na nota de rodapé (N.R.) 3 na introdução desse trabalho, quando me refiro ao ego.

apresentar sintomas psicóticos como um aspecto proeminente de sua apresentação, sendo a esquizofrenia o transtorno psicótico clássico e mais comum. Os sintomas psicóticos, todavia, podem ter características associadas em uma série de tantos outros quadros, como: demência do tipo Alzheimer, *delirium* induzido por substância, transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos etc.

Como referido neste manual, o termo psicótico diz respeito a toda uma constelação sintomática a qual o termo se refere, variando em certo grau entre as categorias diagnósticas, como delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou comportamento desorganizado ou catatônico, ou referindo-se a delírios, apenas àquelas alucinações não acompanhadas de *insight* ou ainda como sinônimo de delirante. (p. 303).

Na Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10, 1993), a consideração da palavra “psicótico” “não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, porém simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de várias anormalidades de comportamento, tais como excitação e hiperatividades grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico”.(p.3). O vocábulo “transtorno” é utilizado na CID-10 “para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamento clinicamente reconhecível associado”, na maioria dos casos, ao sofrimento e à interferência com funções sociais e também à tentativa de evitar termos como “doença” ou “enfermidade” (p. 5).

Para essa classificação, o bloco tipicamente envolvido nos estados psicóticos inclui: F20 – F29 (p. 85-107), constituindo ampla variedade de

subclassificações incluídas no capítulo: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, incluindo os transtornos psicóticos ditos agudos e transitórios.

Embora não categoricamente elencados no bloco típico dos transtornos psicóticos, para CID – 10, os transtornos classificados de humor na categoria: F30 – F33 (p. 111-126) também incluem possíveis sintomas psicóticos, na prática psiquiátrica, muitas vezes difíceis como diagnóstico diferencial, salvo uma *anamnese* com história aprofundada da vida da pessoa e detalhes importantes do surgimento e evolução da crise, uma vez que constituem quadros de humor/afetivos com manifestações de sintomas psicóticos envolvidos; além desses há toda uma gama de outros estados ou transtornos, inclusive transtornos de ansiedade que na prática de clínica são categorias importantes para diagnóstico diferencial na esfera da expressão do sofrimento psíquico e psicopatologia, muitas vezes tornando-se confundíveis e, por vezes, indevidamente diagnosticados como expressões psicóticas; incluem-se aqui, por exemplo, alguns transtornos de ansiedade, tipo: fóbicos ansiosos, como a fobia social, por exemplo, transtorno obsessivo compulsivo, principalmente os de predominância de pensamentos obsessivos, algumas categorias de reação a estresse grave e transtorno de ajustamento e transtornos somatoformes, entre outros.

Na verdade, há uma ampla escala de estados que, na prática da clínica em Psiquiatria cursam com sintomas de natureza psicótica, mesmo sem se definirem como classicamente esquizofrenia, bem como expressões de sintomas que se confundem com experiências de natureza psicótica, do tipo que algumas categorias citadas acima, constituindo todo um espectro de experiências psicóticas possíveis e por vezes clinicamente confundíveis, o que

requerem minuciosa atenção a história e a escuta sobre e como é vivida aquela experiência, a fim de se buscar com clareza a proposição de uma hipótese diagnóstica, com base em hipóteses diagnósticas diferenciais, sem falar de uma grande sucessão de estados e condições nas quais “a possibilidade da psicose ser causada por uma condição médica geral ou induzida por uma substância deve ser considerada, na avaliação de qualquer paciente psicótico”. (Kaplan e cols., 2002, p. 467).

Apesar de até então ter situado a hipótese diagnóstica da psicose a partir dos referenciais diagnósticos clássicos em psiquiatria, como DSM-IV e CID-10, na minha prática como psiquiatra e psicoterapeuta, uso essa perspectiva não para classificar ou rotular uma pessoa, mas como norteadora de caminhos e manejos diante das tantas possibilidades do humano, em situações em que se faz possível e necessária o reconhecimento dessas condições. Isto me permite ter em mente alguns aspectos de como a pessoa se encontra diante da sua experiência e situar literalmente entre parênteses, uma vez que, no referencial que trabalho, abordado no capítulo 5, o foco não está no sintoma, mas no que e como é experienciada a vivência de cada pessoa e no auxílio na formação do que chamo na minha prática de “continente de ancoramento e suporte” para a pessoa, uma espécie de constituição de uma “cultura de sustentação<sup>46</sup>”.

Concebo que é possível fazer isto sem perder a visão ampliada de homem, consciente de que este não é algo circunscrito a um conjunto de sinais e/ou sintomas, nem a mera expressão de uma desordem biológica, mas sem incorrer no viés de negar ou distorcer toda uma série de pesquisas e avanços

---

<sup>46</sup> Vide capítulo 3.

na área em estudo e o suporte que, em algumas situações, por exemplo, a intervenção farmacológica é capaz de prover, mesmo que artificial e bioquimicamente, enquanto todo um outro âmbito, mais efetivo e profundo, é trabalhado, no âmbito da pessoa – o que situo textualmente para as pessoas que acompanho.

Gosto da imagem da qual fiz uso na introdução deste trabalho, onde me reporto ao uso da hipótese diagnóstica como uma espécie de mapa, de norte, com o cuidado de não confundi-la com o território, bem como o fato de que, quando necessário, lançar mão da farmacoterapia como estratégia de suporte, com o cuidado de contextualizar aquele momento, é poder ter neste recurso um aliado nas estratégias que ajudam as pessoas a caminharem em alguns momentos de seu processo - muitas vezes, o que se faz necessário, em função do descompasso experimentado entre a intensidade dos sinais e/ou dos sintomas manifestos e do tempo que o processo de resignificação e reintegração requer e diante da repercussão de alguns destes sintomas na vida da pessoa, dada a extensão do sofrimento psíquico vivenciado.

Dessa forma, para mim, a hipótese diagnóstica apenas funciona como um norteador de caminhos em algumas circunstâncias, auxiliando-me na compreensão do processo, dos avanços e limites no ritmo e curso da caminhada, sinalizando atalhos mais ou menos seguros ou não, por onde posso adentrar; mas é no encontro e durante o caminho, na relação e no que estabeleço diante da experiência vivida e do significado individual que cada pessoa confere ao sentido de sua experiência, que tal olhar é transcendido, podendo ser até, como possibilidade, que a pessoa esteja psicótica, o que não quer dizer que ela é psicótica.

## 6.2 Considerações acerca da Cultura

Embora o DSM-IV e a CID-10, como referências na prática da clínica e na pesquisa acadêmica, obedecem a critérios e protocolos que parecem comuns a um conjunto de sinais e sintomas, também os valores creditados a cada sintoma ou vivência em específico, também variam de cultura para cultura, pois “os médicos que avaliam os sintomas de esquizofrenia em situações socioeconômicas ou culturais diferentes das suas próprias devem levar em conta às diferenças culturais. Idéias que parecem delirantes em uma cultura (p. ex., magia e bruxaria) podem ser comumente aceitas em outra. Em algumas culturas, as alucinações visuais ou auditivas de conteúdo religioso podem ser um componente normal da experiência religiosa”. (DSM-IV, 2002, p. 311).

As pesquisas de natureza transcultural em Psicopatologia têm demonstrado o relativismo do que são consideradas formas normais/anormais e aceitáveis/inaceitáveis de experiência e de comportamento, em várias culturas, uma vez que “os estudos de natureza transcultural mostram que o que pode passar por marginalização ou desvio, do ponto de vista de uma sociedade como um todo, aparece como normal para um subgrupo considerado” (Moreira & Sloan, 2002, p. 114); as experiências vividas em situações nas quais a semelhança na fenomenologia da experiência descreve vivências não usuais da realidade, nos então chamados estados alterados ou incomuns de

consciência e alguns ritos de passagens de algumas sociedades, poderiam ser perfeitamente rotuladas em termos puramente psiquiátricos, por exemplo.

Em muitas culturas, notadamente as asiáticas e as tribais, pessoas passam por experiências de estados modificados de consciência como parte de um processo de iniciação, quando emoções extremas e alterações de comportamento envolvidas seriam facilmente identificáveis como uma crise psicótica pela Psiquiatria ocidental. Na maioria das vezes, em um ambiente de validação da experiência, aliado à sustentação de que, nesse contexto, pessoas, grupos ou mesmo valores e crenças envolvidos, oferecem aos seus integrantes condições para o processo de vivência e passagem pela experiência. Em alguns contextos, experiências dessa natureza são verdadeiros ritos de passagem para uma transformadora apropriação de todo um sistema de mudança, que inclui (entre outros aspectos) força, poder, coragem e reconhecimento, elementos de um processo de potencialização da pessoa na experiência, culturalmente aceitos e honrados nessas tradições.

Numa cultura racional e mecanicista como a nossa não há espaço para o indivíduo integrar essas experiências de uma forma saudável e, rapidamente, ele é considerado doente mental, com o diagnóstico de “esquizofrênico” (p. 104). Em uma cultura, inclusive, médica que reforça a cisão - esquizofrenizada na identificação com o diagnóstico e a separatividade, imbricada em aspectos sociais, históricos, políticos, ideológicos, entre tantos outros<sup>47</sup>, muitas vezes elementos diretamente implicados em uma interferência direta na “capacidade de viver significativamente” (Moreira, 2001).

---

<sup>47</sup> Vide item 4.3 deste capítulo.

Tatossian (2001) apresenta, no entanto, a ambigüidade possível do tema cultura e Psiquiatria, indagando: “a cada cultura, uma Psiquiatria”? ou “uma só Psiquiatria para todas as culturas?” – expressando que é necessário, de preferência, visualizar as relações de cultura, no singular, como traço constante do ser humano e se dirigir não para uma explosão, mas um aprofundamento dessa disciplina, referindo que, para um Psiquiatra, um comportamento não é anormal ou normal pela frequência ou grau de adaptação social, mas pelo fato de sua significação e, mais precisamente, pelo fato de sua significação individual. A esse respeito, o autor exprime que é necessário projetar uma Psiquiatria universal, metacultural, não podendo se ater ao nível do sintoma, mas operar no plano de significação que seria o que unicamente decide o que é normal ou anormal, considerando que “o vivido fenomenológico liga indissolúvelmente comportamento exterior e significado”. (p. 134).

Além disso, “a patologia mental é culturalmente determinada através de processos sociais e ideológicos de opressão que, por sua vez, também geram, obviamente, sofrimento psíquico”. (Moreira & Sloan, 2002, p. 131). Lembrando do perigo de tratar sofrimento psíquico como psicopatologia e da importância de se atuar em uma prática que considere o diferencial entre patologia mental e sofrimento, uma vez que a primeira inclui a segunda, mas que o contrário não é necessariamente verdadeiro, o que constitui ponto crucial de observação e consideração em uma cultura de “medicalização” e rotulações diagnósticas que ora vivenciamos.

Tavares (1993) assinala que a Psiquiatria tradicional define a sanidade como a capacidade do indivíduo em distinguir entre a experiência

objetiva e a percepção subjetiva do mundo. Esse aspecto acaba por dicotomizar a pessoa do sentido de sua experiência mundana em seus múltiplos, variados e possíveis contornos.

### **6.3 Fenomenologia e Psicopatologia**

É justamente no âmbito da experiência vivida que se expressa toda uma discussão acerca da questão do psicopatológico, uma vez que a compreensão da doença passa necessariamente pelo entendimento e concepções acerca do normal e do patológico, e estas, por sua vez, são fundamentais para o entendimento das situações ditas de natureza psicótica.

Segundo Augras (1981), citado por Moreira (2001), “normal é aquele que supera os conflitos e se desenvolve livremente, atendendo igualmente as pressões da realidade. Patológico é quando o indivíduo permanece preso em sua própria estrutura, sem troca e sem crescimento. Nesta perspectiva, estabelecer o diagnóstico é identificar em que ponto deste processo se encontra o indivíduo, detectar as eventuais áreas congeladas ou de desordem e avaliar suas possibilidades de expansão e desenvolvimento” (p. 111).

Concordo com Moreira (2001), ao referir-se a uma psicopatologia para a clínica psicológica: “para o psicoterapeuta, seja ele psiquiatra ou psicólogo, a diferenciação em termos de estrutura neurótica ou psicótica é o que mais importa para a compreensão do seu cliente e as diversas

categorizações das doenças mentais são pouco úteis a um processo psicoterapêutico", devendo "o diagnóstico ser elaborado a partir de uma atitude fenomenológica do psicoterapeuta em sua relação com o paciente" (p. 111).

Etiologicamente, psicopatologia (Cunha, 1982) vem do grego: *psyque*, que significa "alento, sopro de vida, alma" (p. 644) e *pathos*, que significa "doença, paixão, sentimento" (p. 587), o que é definido no âmbito do estudo da doença ou do sentimento da alma.

Cabe uma consideração particular a respeito de *pathos*, a partir da contribuição de Martins (1999). Esse autor apresenta tal termo, em sua origem, principalmente como disposição afetiva fundamental, a partir de uma leitura heideggeriana, demonstrando a importância de pensar a psicopatologia como sendo relacionada à disposição, e *pathos*, por sua vez, como algo inerente e próprio ao ser humano, descrevendo que "a idéia de sentimento, afecção, sofrimento, mal, nada ou pouco se encontra ligada ao conceito originário de *pathos*" (p.67), havendo em *pathos* "a dis-posição da perda de harmonia, mas também formas mais sublimadas da existência" (p. 69), possibilitando "todo um manancial de sentidos que permite restituir de maneira refinada como se faz a criação do fosso classificatório entre o normal e o anormal, sendo o homem, no sentido pleno da palavra, suscetível de *pathos*" (p. 79).

Coube a Karl Jaspers, filósofo e psiquiatra, inaugurar a direção fenomenológica na investigação psiquiátrica e "foi graças à introdução do modo de pensar fenomenológico em psicopatologia, que se veio a fundamentar a noção de uma psicopatologia fenomenológica, pois esta, embora depois diversificada em múltiplas ramificações, teve em Jaspers o seu fecundo marco inicial" (Nobre de Melo, 1979, p. 164).

Nesse sentido, Jaspers (1996/1913) inaugura uma etapa na evolução do pensamento psiquiátrico, referindo-se a uma psicopatologia “que tem como o estudo, os estados da alma, tais como os enfermos os experimentam” (p. 12), colocando-a em uma instância que “expõe a pluridimensionalidade do ser humano” (p. 12), acentuando que “a psicopatologia depara, constantemente, o fato de o homem ser, [além de um ente natural], um ente cultural” (p. 853) e referindo-se à importância de uma *anamnese social*<sup>48</sup> como fundamental diante dos fenômenos vividos (p. 855).

Após Jaspers, com sua ênfase na descrição como premissa do método fenomenológico, tantos outros autores compuseram proposições e colocações acerca da constituição de uma psicopatologia fenomenológica. Os estudos de Binswanger, Blankenburg, Tellenbach, Kimura, Tatossian, Minkowski são, de há muito, marcos importantes nesta constituição. Moreira e Sloan (2002) citam Minkowski (1999/1966), para quem a psicopatologia é muito mais que uma simples descrição de sintomas, pois o que conta não é tanto o “sintoma”, mas o fundo mental de onde ele provém e que determina seu significado, propondo, assim, uma psicopatologia humana ou antropológica e de caráter autônomo à Medicina e à Psicologia, constituindo-se num campo próprio que se destina a estudar as manifestações mórbidas da vida mental. (p. 120-121).

---

<sup>48</sup> Para Jaspers, em sua *Psicopatologia Geral* (1996[1913]), uma *anamnese social* é fundamental, pois “só quando souber de onde vem o doente, que azares o atingiram, em que situação se acha, que influência sofreu, é que o Psiquiatra poderá compreender o caso especial [daí a necessidade] em buscar conhecimentos concernentes às várias condições ambientais de que seus pacientes provêm, necessitando penetrar em todas as camadas e meios sequer possíveis para a vida humana, permitindo ver a significação que têm as circunstâncias sociais, dos grupos culturais e das situações, para o tipo e a ocorrência das anormalidades psíquicas na vida de uma pessoa”. (p.855-857).

Diversos autores contribuíram com a proposição de outras psicopatologias, entre elas a etnopsicopatologia, a psicopatologia social, a psicopatologia fundamental e a psicopatologia crítica.

A esse respeito, Moreira e Sloan (2002) apresentam a proposta de uma psicopatologia crítica a ser considerada em qualquer perspectiva de estudo da psicopatologia e de suas manifestações. Assim, seja ela uma abordagem psicanalítica ou fenomenológica da psicopatologia geral ou da psicopatologia fundamental, uma visão crítica é fundamental para a compreensão do fenômeno psicopatológico de maneira não ingênua, em sua complexidade e em suas determinações múltiplas, nuances que se constituem cultural e ideologicamente (p. 125).

Os autores, em sua obra, *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica* (2002) abordam os conceitos de doença mental, desordens psicológicas e psicopatologia, referindo que estes estão sob revisão a cada dia, na medida em que contextos socioculturais estão sendo considerados, tendo como resultado a relativização acerca do que é normal e patológico cada vez mais presentes, pois “contextos culturais e históricos têm um enorme papel no que se considera prejudicial e disfuncional” (p. 30).

Os autores citados referem:

Um meio de compor o quadro emergente da psicopatologia seria entender a desordem psicológica originando-se a partir de uma perturbação sistemática da congruência de sentimento, pensamento e ação. Essa perturbação é produzida pela incapacidade do sujeito que experiencia de compreender simultaneamente os significados

contraditórios associados às convincentes, mas conflituosas, práticas discursivas disponíveis culturalmente (p. 31).

Nesse sentido, partindo de uma perspectiva psicológica cultural, os sintomas da pessoa não são automaticamente reduzidos a produtos de pensamentos individual mal adaptados, mas vistos como a perturbação de uma prévia congruência de intenção, sentimento e ação, perturbada pelas contradições estruturais existentes na incapacidade da pessoa de combinar várias posições discursivas disponíveis culturalmente, pois, na maioria das vezes, cada uma delas captura significados diferentes e contraditórios, relacionados com a possibilidade de ação, provocando uma dessimbolização e uma crença em um outro roteiro cultural.

Para estes autores, também é fundamental incluir o jogo de poder nos processos intersubjetivos, pois a psicopatologia está sempre relacionada a alguma forma de despotencialização<sup>49</sup>, sujeição, opressão, falta de posicionamento e inabilidade concomitantes, de articular as necessidades mais profundas e perseguir livremente os projetos mais genuínos, salvo casos que incluem desordens biomédicas.

Moreira (2004) utiliza as idéias de múltiplos contornos merleau-pontianas<sup>50</sup> para uma compreensão fenomenológica mundana da psicopatologia, propondo a compreensão do psicótico como aquele que fica

---

<sup>49</sup> Tal conceito é usado por Moreira e Sloan e já foi descrito na introdução deste trabalho.

<sup>50</sup>Merleau Ponty, em *La doute de Cézanne* (1966), faz uma analogia entre sua filosofia e as pinturas de Cézanne, mostrando que nesta pintura pode-se constatar que o real se mistura com a realidade, deformando assim a realidade, sendo uma pintura de múltiplos contornos muito mais real do que uma fotografia exata (vide Moreira, 2004).

sem contornos, em que “o vivido na psicose, é pura cor que se dispersa sem limites em alguns momentos, ocasionando muito sofrimento psíquico” (p. 449).

De Nicola (1985) é citado por Moreira (2001), no que este analisa a enfermidade mental como uma linguagem, onde a patologia é um bloqueio da possibilidade de comunicação e integração consigo mesmo, da possibilidade de ser quem se é e da possibilidade da saúde concebida de forma intrínseca e inerente à pessoa, como um conjunto de opções de manutenção e sobrevivência (p.113). O autor citado também assinala que somente o interesse profundo e genuíno pelo outro, considerado como uma pessoa diferente e única, desperta a necessidade primordial do contato, desta maneira, conhecimento e amor se fundem em uma matriz de humanidade vivida em comum (p. 115).

Para Schlien (1976), “a psicose pode representar apenas uma forma de ajustamento *flutuante* a um domínio da vivência de todos, de maneira que, embora a existência de “um estado psicótico” seja inegável por definição, a palavra “psicótico” é muito discutível” (p. 174), sendo a psicose esquizofrênica, “uma forma extrema de uma infelicidade muito comum: o auto engano” (p. 175), reconhecendo que a verdadeira natureza da psicose é um mistério, sendo um dos problemas lidar com um assunto formado de experiência que é, no pior dos casos, indescritível a partir do seu interior, e incompreensível do exterior (p. 175-176), ou mesmo “um comportamento aprendido, exagerado a um ponto irremediável [que] assume irremediavelmente vida própria” (p. 177).

Para Laing (1967), a esquizofrenia denota um processo ou experiência do indivíduo que ocorre além da mente ou daquilo que se conceitua como ego, “além dos horizontes do nosso senso comum” (p. 92). Os

acompanhamentos comportamentais desses movimentos, de acordo com Laing, não são nem ininteligíveis nem estranhos, mas bastante expressivos das experiências inusitadas pelas quais os indivíduos estão passando; além disso, Laing assevera que estas experiências algumas vezes “parecem parte de uma seqüência de experiências potencialmente ordenada, natural...as expressões comportamentais de um drama experiencial (p. 85).

#### 6.4. Olhando um outro olhar

No amplo espectro da consciência – holística e, ora, holograficamente<sup>51</sup> concebida – essa também é uma zona/espectro de possibilidades de disfunções e transtornos da elaboração da experiência, representando também um espectro (possível) da patologia.

Para Wilber, na obra *Transformações da Consciência* (1986, p. 61-85), o desenvolvimento da consciência é percebido em vários estádios, que exibem infinitas tonalidades e gradações, associados cada um a diferentes tipos possíveis de patologias da mente, sendo estas agrupadas no estágio pré-pessoal, pessoal e trans-pessoal da experiência, com uma sucessão de

---

<sup>51</sup> Holograficamente concebido, compreendido no sentido de que qualquer contato que se faz com uma das partes, faz-se-o com o todo; assim, por exemplo, em qualquer momento do desenvolvimento, holograficamente estão presentes todos os estados de consciência, uma vez que na teoria holográfica, tudo está ligado, tudo faz parte de um mesmo *continuum*, de uma mesma ordem; dessa forma, Michael Talbot, em seu livro *O Universo Holográfico* (1991), indica que o cérebro é um grande holograma, interpretando um universo holográfico.

disfunções e transtornos possíveis para os respectivos estádios. Tecer maiores comentários ou adentrar estas classificações não é a proposta do presente trabalho, no entanto, considero importante apresentá-lo mesmo que a título de citação, em função das considerações de uma gama de experiências, classificadas como transtornos mentais, fazerem parte de um conjunto de possibilidades que a abordagem trans-pessoal permite vislumbrar, sem negar os demais níveis de contribuição.

Na óptica wilberiana, entre outros aspectos, a doença mental pode ser vista como resultante de uma falha na avaliação e na integração da experiência. De acordo com este ponto de vista, os sintomas de uma possível psicopatologia refletem a tentativa de um organismo de curar-se e atingir um novo nível de integração, literalmente, uma nova ordem.

A prática psiquiátrica corrente interfere nesse processo ao suprimir os sintomas, ao alardear a cura como tão-somente supressão/ausência de sintomatologia, o que reforça a doença como manifestação biológica de enfermidade, desconsiderando o processo do universo individual e coletivo, em expressão; embasadas nos conceitos mecanicistas e sua rigorosa divisão entre corpo e mente, o que levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais, ideológicos e ambientais da doença, entre outros.

Por sua vez, é sabido que, apesar de uma série de descobertas e avanços que o paradigma newtoniano-cartesiano propiciou, também houve uma série de equívocos difundidos, na vigência de considerar-se somente este modelo na percepção da realidade. Um dos mais significativos, para mim, passa pela ilusão da separatividade e a fantasia da fragmentação –

apresentadas no capítulo 4. Tal fantasia dissocia a pessoa de sua lógica interna, que é em essência integrada e não fragmentada, pondo em risco a continuidade significativa do Ser na existência e na experiência.

Da mesma maneira que não se pode dissociar as ondas do mar, nem as ondas entre si, não se pode separar o Ser dos seres. Somos obrigados a admitir que atrás da aparência de descontinuidade própria a nossa visão limitada de ser humano, pelo menos em consciência de vigília, existe uma continuidade entre o Ser, a Existência e a experiência dos seres (Weil, 1987b, p. 89).

Nesse sentido, Tavares (1993) situa a importância da abordagem em Psicologia Transpessoal, desvelando a possibilidade que se descortina por intermédio dela, com a união da Ciência e das tradições, permitindo novos e criativos manejos no tratamento das chamadas doenças mentais, no sentido de que compreende alguns processos, considerados patológicos pela Psiquiatria tradicional, apenas como a busca de um nível mais elevado de integração com a realidade.

É importante lembrar o contexto histórico do surgimento dessa perspectiva, nos idos de 1950-60 (época da emergência da Psicologia trans-humanística e, posteriormente, Transpessoal), em que uma quantidade de experiências foi vivenciada e, posteriormente, descrita nos consultórios médicos e psicológicos. Era um contexto facilitado pelo surgimento da Física moderna, de concepções holísticas adotadas em algumas escolas humanistas e em função de relatos experienciados por clientes de psiquiatras e psicólogos

em diversas partes do Ocidente, onde toda uma nova realidade pode ser considerada.

Trazida aos profissionais desta área em virtude da vivência de níveis modificados de consciência (em relação ao padrão ordinário de consciência de vigília), acionados pela liberação sexual, uso de drogas psicodélicas, práticas meditativas, experiências extracorpóreas, experiências de êxtase etc., muitas daquelas pessoas experimentavam verdadeiros processos de ampliação da consciência, com certas compreensões acerca de si e da vida, envolvendo verdadeiros processos de crescimento e, muitas vezes, profundas transformações; isso evidenciava que as experiências com os níveis de realidades modificados da consciência, descritos e vivenciados por aquelas pessoas, não podiam mais ser descartadas como mera psicopatologia; algo em torno da compreensão, apropriação e integração acerca da experiência vivida fazia a diferença quanto a esse potencial transformador, inclusive, em suas vidas cotidianas.

Estudos acerca da indução de estados alterados de consciência, realizados por várias tradições (jejum, privação de sono, isolamento social e sensorial – montanhas, cavernas, desertos – restrição do suprimento de oxigênio, outras manobras respiratórias, uso de substâncias psicodélicas) demonstraram toda uma similaridade fenomenológica na experiência vivida, no que se refere à clínica das psicoses. A observação de que alguns pacientes aparentemente “psicóticos” “retornavam”, entretanto com um nível de consciência mais elevado do que o anterior à crise, levou os profissionais a reconsiderarem o modo de ver tais questões e a comporem estratégias de

intervenção e manejos que permitiram questionar acerca da natureza ambígua da psicose e, mais especificamente, da crise de natureza psicótica.

Grof (1997) ressalta que a moderna pesquisa da consciência confirmou a tese básica da filosofia perene de que a realidade consensual revela apenas um aspecto ou fragmento da existência. Há importantes domínios da realidade que são transcendentais e transfenomenais. A negação e a repressão desse impulso transcendental introduzem uma distorção séria na vida humana, tanto na escala individual quanto na coletiva. “A auto-exploração experiencial é um instrumento importante para a busca espiritual e filosófica. Ela pode mediar a conexão com o domínio transpessoal do próprio ser e da existência” (p. 233).

A Psicologia Transpessoal encara a possibilidade de que alguns desses estados chamados “psicóticos”, sobretudo aqueles elencados até como “esquizofrenia”, na verdade representem tão-somente um processo de autodescoberta e evolução da consciência. Parece que enquanto algumas pessoas somente se confrontam com elementos perinatais e transpessoais de sua *psique* quando usam drogas psicodélicas, por exemplo, ou técnicas especiais, existem outras que têm acesso mais prontamente a esses conteúdos, por exemplo. Numa cultura racional e mecanicista como a brasileira, não há espaço para o indivíduo integrar essas experiências de forma saudável, e rapidamente ele é considerado doente mental, com o diagnóstico de “esquifrenico” (p. 104), em uma cultura, inclusive médica, que reforça a cisão – “esquifrenizada” na identificação com o diagnóstico e a separatividade, imbricada em aspectos sociais, históricos, políticos, ideológicos

entre tantos outros<sup>52</sup>, muitas vezes elementos diretamente implicados em uma interferência direta na “capacidade de viver significativamente” (Moreira, 2001).

Sob o enfoque transpessoal, muitos estados que a Psiquiatria tradicional considerava bizarros e incompreensíveis passaram a ser vistos como manifestações naturais da dinâmica profunda da *psique* humana e sua emergência para a consciência, tradicionalmente vista como indícios de doença mental, podendo, na verdade, ser o esforço radical do organismo para livrar-se dos efeitos de vários traumas, simplificar seu funcionamento e curar-se.

Até recentemente, as estruturas teóricas da Psiquiatria e da Psicologia eram baseadas nas observações de um número limitado de fenômenos mentais e de experiências humanas. Grof (1991) acentua o quão pouca atenção séria e sistemática foi dada a uma variedade de fenômenos descritos através de séculos dentro das estruturas das grandes religiões mundiais, ritos de iniciação e em várias escolas místicas, “existindo uma tendência dentro da ciência contemporânea de rotular tais experiências de simplesmente psicóticas e de considerá-las como manifestações de doenças mentais” (p.63), dada à similaridade da natureza de algumas experiências com pacientes diagnosticados com esquizofrenia, por exemplo. Nesse sentido, Grof cita Maslow (1964), em que a variedade de experiências religiosas são consideradas supranormais<sup>53</sup>, mais do que como fenômenos patológicos, possuindo importantes implicações para a teoria da individuação.

Assim, muitos dos aspectos vivenciados na experiência da crise, diagnosticados como psicose e tratados indiscriminadamente com medicação

---

<sup>52</sup> Vide item 4.3 deste capítulo.

<sup>53</sup> Do nível do supraconsciente, aspecto incluído na cartografia da consciência de Kenett Ring, em *A Cartografia da Consciência Humana* (1978), apresentada resumidamente no item 4.2. deste trabalho.

supressiva, são na realidade estádios difíceis de radical transformação da personalidade, como refere Grof (1990): “A ânsia pela transcendência e a necessidade de desenvolvimento interior são aspectos básicos e normais da natureza humana... além disso, muitos episódios difíceis de estados incomuns de consciência podem ser vistos como crises de transformação e de abertura espiritual”<sup>54</sup> (p. 39).

É importante lembrar, contudo, que estados incomuns de consciência abrangem um espectro muito amplo, que vão de estados espirituais puros, sem nenhum vestígio de patologia, a condições de natureza claramente biológica, que exigem tratamento médico, cuidando para o que alertam Grof e Grof (2002), uma vez que, enquanto os psiquiatras da corrente tradicional geralmente tendem a “patologizar” os estados místicos, também existe o erro oposto, o de romantizar estados psicóticos ou, pior que isso, não perceber um problema médico de natureza grave.

---

<sup>54</sup> Grof, em *Emergência Espiritual* (1989), entende que um número crescente de pessoas parece estar percebendo que a abertura para a verdadeira espiritualidade se baseia na experiência pessoal, sendo a espiritualidade algo que caracteriza o relacionamento entre a pessoa e o universo e não requer, necessariamente, uma estrutura formal, um ritual coletivo ou a meditação feita por um sacerdote; como uma dimensão extremamente relevante e essencial da vida, sendo a capacidade de crescimento espiritual tão natural quanto a disposição do corpo acerca do desenvolvimento físico.

## 6.5 Das emergências Espirituais

Grof e Grof (1990) acentuam que muitos estados da mente que a Psiquiatria tradicional considera bizarros e incompreensíveis – categorizando-os como doenças mentais – são manifestações naturais da dinâmica profunda da *psique* humana. Tais estados, na verdade, se constituiriam no esforço radical do organismo para se livrar dos efeitos de vários traumas, simplificar seu funcionamento e curar-se.

Os trabalhos desses autores foram cruciais a uma visão reciclada para a experiência vivida em estados incomuns de consciência, concebendo como crises de transformação pessoal algumas experiências definidas como estádios críticos e experimentalmente difíceis de uma transformação psicológica profunda, que envolve todo o ser da pessoa. Tais estados podem assumir a forma de estados incomuns de consciência e envolver emoções intensas, visões, pensamentos incomuns e outras alterações sensoriais, assim como várias manifestações físicas.

Nesse sentido, as experiências que ocorrem durante esse processo abrangem toda uma gama de profundidade e intensidade, da mais amena até a mais dominadora e inoportuna, sendo “tanto o reino iluminado quanto o escuro, aspectos importantes da emergência espiritual” (Grof & Grof, 1990, p. 70).

Quanto às “emergências espirituais<sup>55</sup>”, chamam atenção para natureza ambígua da expressão e referem:

Quando criamos o termo “emergência espiritual”, pretendíamos enfatizar o perigo e a oportunidade inerentes a esses estados. O termo é obviamente um jogo de palavras, referindo-se à crise ou “emergência”, que se pode unir à transformação e a idéia de “emersão”, sugerindo a grande oportunidade que essas experiências podem oferecer para o crescimento pessoal e para o desenvolvimento de novos níveis de consciência. O pictograma chinês para “crise” representa perfeitamente esta idéia - é composto de dois sinais elementares, um dos quais significa “perigo” e o outro, “oportunidade” (Grof & Grof, 1990, p. 11).

Por sua vez, o reconhecimento da natureza ambígua da emergência espiritual - perigo e oportunidade - têm importantes conseqüências práticas e teóricas. Se forem entendidas adequadamente e tratadas como fases difíceis num processo natural de desenvolvimento, as emergências espirituais podem resultar em cura emocional e psicossomática, em profundas mudanças positivas da personalidade e na solução de muitos problemas da vida. Por outro lado, se uma pessoa nesse estágio é classificada como um paciente

---

<sup>55</sup> O conceito de emergência espiritual integra a descoberta de muitas disciplinas, entre elas a Psiquiatria Clínica e Experimental, a moderna pesquisa da consciência, as psicoterapias experienciais, os estudos antropológicos, os estudos sociológicos, a tanatologia, a religião comparada e a mitologia, entre outras. Os autores afirmam que as observações em todos esses campos sugerem de modo consistente que as emergências espirituais têm um potencial positivo, não devendo ser confundidas com enfermidades de causa biológica que precisem de tratamento médico (por exemplo, há situações clínicas que cursam com sintomas de estados alterados de consciência, de etiologia metabólica, infecciosa, auto-imune, etc.), o que denomina psicoses orgânicas – evidenciando uma diferenciação para as chamadas psicoses funcionais (sem causas médicas definidas e as de interesse para o autor).

psiquiátrico, os rótulos e tratamentos que lhe são dados combinarão com sua sensação de isolamento e a mensagem que reforça a doença, sendo que “muitas vezes, um processo cujo ponto de partida era a cura e a transformação fora interrompido e dificultado até pela intervenção psiquiátrica” (Grof & Grof, 1990, p. 13).

Em *A Tempestuosa Busca do Ser* (1990), os autores referem que um denominador comum nas situações de desencadeamento das chamadas emergências espirituais envolve uma mudança radical no equilíbrio entre o processo consciente e o inconsciente. “Algo acontece, favorecendo a dinâmica do inconsciente para a expansão da consciência que é geralmente reprimida”. (p. 41). Nesse sentido, “o potencial para a emergência espiritual é uma característica inata aos seres humanos”, (p. 42), tão natural quanto a disposição do corpo acerca do desenvolvimento físico: o renascimento espiritual é tão normal para a vida humana quanto o nascimento biológico, sendo “a ânsia pela transcendência e a necessidade de desenvolvimento interior aspectos básicos e normais da natureza humana” (p. 39).

Na obra citada, os autores referem que, como o nascimento, a emergência espiritual é acompanhada há séculos por muitas culturas como parte essencial da vida e, não obstante, tornou-se conhecida como uma doença na sociedade moderna. Nesse sentido, em algumas sociedades, encontra-se a figura de um xamã. Xamã é um termo usado pelos antropólogos para um tipo especial de curandeiro ou curandeira ou feiticeiro que entra regularmente em estados incomuns de consciência para curar, obter informações por meios extra-sensoriais ou realizar rituais destinados a influenciar o clima ou caçar animais. A iniciação de muitos xamãs começa com

um episódio dramático de estado alterado de consciência, na ordem do que poderia sugerir uma grave desordem psiquiátrica. *Se essa crise for superada e completada com sucesso* (grifos meus), contudo, ocorre uma cura pessoal, uma melhoria do funcionamento social e o desenvolvimento de habilidades xamânicas. O indivíduo então é aceito pela tribo como membro importante e útil ao grupo, no entanto, é clara a compreensão de que ser xamã *requer a complementação bem-sucedida do episódio e um retorno ao pleno funcionamento na vida cotidiana* (grifos meus), o que o diferencia de um louco nessas sociedades.

A esse respeito Kalweit (1989) refere:

Se pudéssemos entender a doença e o sofrimento como processos de transformação física e psíquica, como o fazem as culturas asiáticas e tribais, poderíamos obter uma visão mais profunda e menos tendenciosa dos processos psicossomáticos e psico-espirituais e começaríamos a perceber as muitas oportunidades que o sofrimento e a morte do ego apresentam. Nossa longa e contínua batalha contra a morte e a doença assentou suas raízes na nossa consciência com tal vigor que mesmo a psicologia moderna sentiu-se compelida a combater a debilidade física e a morte. Em consequência, os sofrimentos físicos e psíquicos permaneceram ignorados como meios de alteração de consciência e como forças e mecanismos de transformação e autocura (p. 99).

A ativação da *psique* humana que caracteriza essas crises envolve, também, um emergir de várias memórias e impressões traumáticas antigas (Grof & Grof, 1989). Esse processo é válido por sua natureza curativa de transformação em potencial. Muitos materiais psicológicos, todavia, vêm à tona oriundos de vários níveis do inconsciente que interferem nas obrigações diárias da pessoa envolvida. Assim, “não é a natureza ou o conteúdo dessas experiências que as fazem parecer patológicas, mas seu contexto” (p. 45).

Apesar dessas notáveis manifestações casuais, essa expressão é em essência uma tentativa do organismo para simplificar seu funcionamento, livrar-se de impressões e planos negativos e curar-se a si mesmo. Uma pessoa que compreende isso pode cooperar com o processo e se beneficiar com ele.

Cristina Grof (1990) relata sua experiência:

(...) mesmo que minha trajetória fosse por muitos anos turbulenta e caótica, passei de fases extremamente difíceis para um modo de viver mais lúcido e integrado que eu não conhecia. Energias outrora destoantes tornaram-se suaves e harmoniosas, e o caos dos anos passados transformou-se em criatividade. Vários problemas emocionais que costumavam me limitar foram afastados e muitos dos meus medos passados foram banidos. Como resultado por ter sobrevivido aos desafios, sinto-me mais feliz e tranqüila do que antes (...). Tentei manter em minha mente, a minha consciência de que mesmo os momentos dolorosos eram oportunidades para mudar, e procurei cooperar com as experiências e energias quando

elas apareciam e integra-las da melhor forma (Grof & Grof, 1990, p. 18).

Em um ambiente de apoio e com cuidados adequados, esses estados complexos da mente podem ser extremamente benéficos, conduzindo em geral à cura física e emocional, à descobertas profundas, à atividade criativa e a permanentes mudanças da personalidade para melhor, pois “pessoas que passam por um processo de transformação freqüentemente desenvolvem tolerância para com os outros, maior capacidade de sinergia, consciência ecológica e respeito pela vida” (Grof & Grof, 1990, p. 10).

Por outro lado, muitas pessoas em processo de transformação sentem-se isoladas pela natureza das experiências que estão tendo. Como “o mundo interior” se torna mais ativo, pode-se experimentar a necessidade de afastar-se temporariamente das atividades diárias e preocupar-se com pensamentos profundos, com sentimentos e processos internos. A extensão de suas experiências interiores que desafiam abruptamente suas antigas crenças e seu jeito de ser modifica seu relacionamento com a realidade. Suas fortes emoções e percepções estranhas as estão levando para tão longe de suas vivências anteriores que facilmente assumem o fato de serem anormais. “Os sentimentos de separação são reforçados cada vez que lhe é passada a mensagem verbal ou não verbal: “você está doente, você é diferente”. No entanto, quando lhe oferecem compreensão e esteio, são, de modo geral, cooperativas e gratas por terem alguém com quem compartilhar sua jornada” (Grof & Grof, 1990, p. 61).

Na Psiquiatria clássica é sabido que estados “psicóticos” agudos e transitórios têm melhor prognóstico que os de início insidioso. Algumas experiências terapêuticas de encorajamento a vivenciar o processo tiveram início com R.D.Laing (1972 na Grã-Bretanha) e John Perry (1966, 1974 e 1976 em São Francisco). Nos trabalhos de experiências profundas, a completude do processo interior depende da capacidade de integração do paciente (evoluindo para uma esquizofrenia ou não, por exemplo).

A evolução do processo vivencial para um modelo psicótico (esquizofrênico) ou de abertura para a transformação e transcendência tem relação direta com a estrutura de personalidade anterior (dados biográficos), circunstâncias externas, momento de vida, fatores sócio culturais no entrelaçamento constituinte da mundaneidade do homem etc. Tais eventos “turvam” matrizes perinatais e transpessoais ou enfraquecem mecanismos de defesa que impedem sua expressão.

Alguns critérios falam por um prognóstico melhor da experiência, o que David Lukoff <sup>56</sup>(2003) apresenta:

- bom funcionamento prévio (bom relacionamento pessoal, escolar, etc);
- os sintomas aparecem rapidamente e não ao longo de meses;
- o episódio precipitador é estressante (uma perda por exemplo);

---

<sup>56</sup> PhD em Psiquiatria, professor de Psicologia na *Saybrook Graduate School* em São Francisco. Autor de 50 artigos e capítulos sobre questões de espiritualidade e saúde mental. Por um deles recebeu o prêmio *Exemplary Paper da Templeton Foundation*. Co-autor do DSM-IV-TR, categoria “problemas religiosos e espirituais”(V62.89 – DSM-IV-TR, 1993); ministra palestras internacionalmente sobre espiritualidade na saúde mental e na doença mental. É presidente da *Association Transpersonal Psychology (ATP-US)*.

- atitude exploratória positiva - atitude curiosa sobre a própria experiência, se outros passaram pelo mesmo, e não uma atitude de medo, paranóia extrema a respeito; e

- não ser um significativo risco para si e para os outros.

Tais estados, então, com o seu notável potencial terapêutico e transformador, precisam ser reconhecidos e tratados com grande respeito, a cooperar com a realização do potencial de crescimento que expressam, na instituição de uma nova ordem, no processo fenomenológico de vivenciar a experiência de ir além ... a experiência de viver e manifestar a trans-forma-ação ... no largo espectro humano da experiência.

## 7 CRISE E CAOS: A INSTITUIÇÃO DE UMA NOVA ORDEM

O termo crise (Cunha, 1982), do grego *krísis*, traduz, em sua raiz etimológica, “uma alteração, desequilíbrio repentino, estado de dúvida e incerteza, tensão, conflito” (p. 228). Em termos genéricos, crise (Ximenes, 1999) diz da existência tanto de uma situação de emergência física ou psíquica, como de confronto de vontades, tornando-se consensualmente útil para comunicar um conflito interno com manifestação violenta ou intensa de sentimentos inerentes à pessoa humana; “quando idéias, sentimentos, paixões, ódios são colocados em contraposição; também diz respeito a uma fase, na evolução dos fatos, marcada por dificuldades, incerteza etc, bem como ainda a um momento perigoso ou decisivo” (p. 196).

Como referido na introdução deste trabalho, o pictograma chinês no I Ching correspondente à palavra crise é uma composição das palavras perigo e oportunidade, lembrando que, ao mesmo tempo, crise tem a mesma etimologia de criar, que por sua vez sugere “dar existência, gerar, formar, dar origem à, instituir” (Ximenes, 1999, p. 195), entre outros significados.

Freqüentemente, escuto o termo: “caí em crise” e vejo, na maioria das situações, o sofrimento psíquico implícito que acompanha essa experiência. Fico, então, me perguntando acerca do sentido da “queda” e da imagem implícita de descida e de como em uma queda é possível machucar-

se, sair machucado ou mesmo nem sair. Paradoxalmente, em uma queda também é possível levantar-se e tomar impulso para um movimento novo.

Nesse aspecto, o sofrimento psíquico que acompanha uma situação de crise, ao mesmo tempo em que é incômodo e doloroso, parece também poder ser um elemento impulsionador para uma nova possibilidade e, como elemento inerente à própria natureza da crise, potencialmente, elemento de oportunidade de crescimento e transformação, ensejando a manifestação do ato criativo que se movimenta para além do psicopatológico. Tal possibilidade, além do aparente *caos*, em muitas situações, aponta para a busca de uma nova ordem, o que é radicalmente diferente do estigma que marca a crise como sinal de queda, fraqueza e prognóstico de impotência e impossibilidade, mas antes uma possibilidade que solicita a “ação de ir além da forma”<sup>57</sup> .

Falar em *caos*, entretanto, requer uma compreensão mais ampliada do termo. Embora a maioria das pessoas tenha uma visão do *caos* como algo profundamente desorganizado, a natureza utiliza-o de maneira notável para plasmar os acontecimentos e manter a coesão do universo, sendo o *caos* muito mais sutil do que a idéia corrente de que se trata da desordem do mero acaso, sendo tanto morte como nascimento, destruição como criação (Briggs & Peat, 2000). A esse respeito, “o termo científico “*caos*” refere-se a uma interconectividade subjacente que existe em fatos aparentemente aleatórios” (p. 13).

Nesse sentido, na referência dos autores ora citados, “a ciência do *caos* enfoca matrizes, padrões ocultos, a “sensibilidade” das coisas e as “regras” que regem os meios pelos quais o imprevisível causa o novo” (p.13),

---

<sup>57</sup> Leia-se trans-forma-ação.

sendo o conceito de *caos*, hoje, aplicado ativamente em todas as áreas: da Medicina à economia de guerra; dos estudos acerca da dinâmica social às teorias sobre como as organizações se formaram e se transformaram, pois “o *caos* está deixando de ser mera teoria científica para tornar-se uma metáfora cultural” (p. 17).

A teoria do *caos* representa a natureza em sua criatividade, abrangendo um amplo espectro de comportamentos, desde padrões climáticos e quedas d’água até o disparo dos neurônios e os súbitos baques no mercado de ações. Trata-se tanto de como a natureza gera novas formas e estruturas quanto de sua “bagunça” e imprevisibilidade (Briggs & Peat, 2000, p. 24).

Apesar de impressões mais gerais poderem sugerir, em vários âmbitos, um aumento de variados níveis de desordem, “a nova e revolucionária idéia expressa nas teorias do “*caos*” e da “complexidade<sup>58</sup>” afirma que o universo físico tem uma tendência inerente para criar ordem... a vida cria ordem em todo lugar: o universo está em constante expansão” (Wilber, 2000, p. 9).

De acordo com a visão clássica, na qual a Física de teor clássico era a principal fonte de conceitos e de metáforas, a ordem está associada com o

---

<sup>58</sup> Capra (1996), em *A Teia da Vida*, reporta-se à teoria da complexidade ou teoria dos sistemas dinâmicos, não enquanto uma teoria de fenômenos físicos, mas uma teoria matemática aplicável a uma ampla faixa de fenômenos; uma matemática de relações e de padrões, que incorpora elementos mais do qualitativo do que do quantitativo e que envolve a concepção de sistemas vivos como redes auto-organizadoras, presente, sobretudo, em fenômenos não lineares. Nesses padrões, sistemas de comportamentos complexos e aparentemente caóticos podem dar origem a estruturas ordenadas, a padrões belos e sutis.

equilíbrio (como a natureza mais estática de um cristal, por exemplo), e a desordem com situações de não-equilíbrio (como uma turbulência, por exemplo). Capra (1996), porém, apresenta o fato de, por exemplo, os fluxos turbulentos de água e de ar, embora pareçam caóticos, serem na verdade altamente organizados, exibindo complexos padrões de vórtices, dividindo-se e subdividindo-se incessantes vezes em escalas cada vez menores. Dessa forma, “nos sistemas vivos, a ordem proveniente do não equilíbrio é muito mais evidente, onde ao longo de todo mundo vivo, o caos é transformado em ordem” (p. 156).

Na física do *caos*, um dos aspectos que chamam a atenção encontra-se nos pontos de instabilidade, nos quais ocorrem eventos dramáticos e imprevisíveis, em que a ordem emerge espontaneamente e a complexidade se desdobra, nos chamados pontos de bifurcação, constituintes de talvez o aspecto mais intrigante e fascinante da teoria das chamadas estruturas dissipativas.<sup>59</sup> O ponto de bifurcação é um limiar de estabilidade, no qual a estrutura dissipativa pode se decompor ou então imergir num dentre vários novos estados de ordem, uma dramática mudança da trajetória do sistema no espaço de fase. O que acontece exatamente nesse ponto crítico depende da história anterior do sistema. Dependendo de qual caminho ele tenha tomado

---

<sup>59</sup> Os estudos de Ilya Prigogine (citados por CAPRA 1996) interligam a coexistência entre estrutura e mudança, de quietude e movimento, como duas tendências aparentemente contraditórias que coexistem em todos os sistemas vivos. Incluem a idéia de pontos de instabilidades, os quais exigem a presença de laços catalíticos, levando o sistema até o ponto de instabilidade por meio de realimentação de auto-amplificação repetida.

Traduzo isso em metáforas aplicáveis também à complexidade da consciência humana e suas múltiplas dimensões, vendo os chamados laços catalíticos como elementos/eventos estimuladores dessa instabilidade, a partir do encontro com a experiência vivida propiciadora de sofrimento psíquico, “detonadora” dessas “quebras” (catálise) e a auto-amplificação gerada pela intensidade da experiência e pelo nível em que esta pode ou não ser integrada, na emergência de uma espécie de ordem mais linear ou de uma ordem caoticamente emergente nas experiências de natureza psicótica.

para alcançar o ponto de instabilidade, ele seguirá uma ou a outra das ramificações disponíveis depois da bifurcação (p. 156). No ponto de bifurcação, a estrutura dissipativa também mostra uma sensibilidade extraordinária a diminutas flutuações do meio ambiente. Assim, flutuações<sup>60</sup> diminutas no ambiente levarão a uma escolha da ramificação que ela seguirá.

Concebo o fenômeno da consciência e a emergência de experiências de natureza psicótica, também, a partir de considerações como estas há pouco citadas, tanto no que diz respeito ao caminho percorrido até a instalação da crise, como no caminho de volta, concordando com Capra (2000), ao referir que muitas das características-chaves das estruturas dissipativas – a sensibilidade a pequenas mudanças no meio ambiente, a relevância da história anterior em pontos críticos da escolha, a incerteza e a imprevisibilidade do futuro – constituem parte integrante da experiência humana.

O autor citado chama atenção para a similaridade entre padrões fractais<sup>61</sup> e a arte psicodélica da década de 1960. Uma arte inspirada não com recursos da computação gráfica de hoje e pela nova Matemática, mas pelo

---

<sup>60</sup> Acompanhando pessoas em experiências de natureza psicótica, tenho experimentado esse aspecto. Pequenas variações na postura, na forma de olhar, na atitude geram toda uma possibilidade de reação, superdimensionada pela própria diversidade da experiência e pelos significados e “excessivos sentidos” permeados de aparentes desconexos significados que passam a ter um gesto, um olhar, uma atitude, diante da pessoa nessa vivência; esse aspecto é muito presente em vivências de natureza ditas paranóides, por exemplo.

<sup>61</sup> Capra (2000) em *A Teia da Vida*, por meio da geometria fractal, descreve uma linguagem geométrica que apresenta a complexidade das formas irregulares. A propriedade mais notável dessas formas “fractais” é que seus padrões característicos são repetidamente encontrados em escala descendente, de modo que suas partes, em qualquer escala, são, na forma, semelhante ao todo. Concebo que, em uma vivência de natureza psicótica, várias formas de experiência dentro de amplas variedades de estados de consciência (vide capítulo 5) são ou podem ser “expressões fractais” de um todo, emergente no caos que se descortina em busca de uma possível nova ordem, em uma ampla diversidade de possibilidades que qualquer um dos elementos da experiência, como parte representativa do todo, traz em potencial. Isso faz sentido em um modelo mais abrangente da experiência humana, considerando a ampla variedade de estados de consciência e a amplitude das cartografias da consciência possíveis, legitimadas sob o olhar transpessoal e, também, a teoria holográfica da consciência, incluindo aí também elementos de conteúdos do nível pessoal e mesmo do pré-pessoal.

LSD e outras drogas psicodélicas, fazendo alusão ao termo psicodélico (“que se manifesta na mente”) em relação a pesquisas que demonstraram que essas drogas atuam como amplificadores, ou como catalizadores de processos mentais inerentes. “Parecendo, portanto, os padrões fractais estarem incorporados ao cérebro humano, sendo estes um armazém de padrões de detalhes e de variações infinitas, de inconcebível complexidade, gerada por regras muito simples” (p. 128).

Outro aspecto é que a história das religiões do mundo é repleta de experiências de místicos e sábios que passaram algum tempo na “vida selvagem” – seja literalmente ou seja atravessando uma “noite escura da alma” – e o contato com o caos interno emergente. Em muitas sociedades, a cura da mente e do corpo envolve uma descida ao caos e à morte em várias instâncias do psicológico. Os médicos gregos estimulavam a “incubação”, em que o indivíduo doente deveria dormir e sonhar. Por meio de cerimônias criadas para reduzir o controle do ego consciente, o doente devia libertar-se das estruturas familiares de sua vida e entrar no mundo obscuro dos deuses e das forças subterrâneas, libertando-se das estruturas consensuais.

De certa forma, as psicoterapias também promovem o surgimento desse caos, quando estimulam a liberação e o contato com as associações livres e o material caótico, aparentemente desordenado, submerso no inconsciente. É desse caos primário que algo verdadeiro pode produzir uma auto-organização, em uma forma dinâmica e criativa em constante desdobramento.

Para Abraham, McKenna e Sheldrake (1992), a relação entre criatividade e imaginação (“imagem em ação”) é o ponto que devemos focar se

quisermos compreender a emergência da forma a partir da desordem (p. 32). É importante então considerar a simplicidade e a complexidade envolvidas no processo, não como algo inerente ao objeto em si, mas a maneira como as coisas interagem umas com as outras e à maneira como as pessoas, por sua vez, interagem com elas e a emergência de toda uma matriz criativa que desponta dessa interação. “O universo como um tipo de sistema no qual formas avançadas de ordem influenciam efetivamente estados anteriores de organização” (Abraham; Mckenna & Sheldrake, 1992, p. 33), nos quais, inclusive, a forma nasce do *caos* (p. 51) – o que referem a partir dos chamados atratores<sup>62</sup>.

Para os autores, é importante as pessoas de darem conta de que “perdemos o contato com o *caos* porque ele é temido pelo arquétipo dominante do nosso mundo, o ego” (p. 81), sendo um princípio de sabedoria quando podemos encontrá-lo (o nosso *caos*). Assim, “a repressão do *caos* resulta numa inibição da criatividade e, desse modo, numa resistência a imaginação e ao potencial criador de uma nova ordem, inerente ao processo de transformação” (p. 74).

---

<sup>62</sup> Nesse sentido, há todo um conceito quântico no que diz respeito ao que é denominado atrator, como modelos para comportamentos caóticos (os atratores caóticos) e modelos para as transformações radicais de comportamento (bifurcações). Abraham, Mckenna e Sheldrake, em *Caos, Criatividade e o Retorno do Sagrado* (1992), referem-se aos atratores, traçando uma analogia com Aristóteles no que o mesmo chamava de enteléquia, “o fim que atrai para si mesmo o processo de mudança”. Nesse sentido, o papel do atrator parece essencial à compreensão do que a dinâmica do *caos* oferece de novo; por meio de questões matemáticas e físicas complexas, os autores demonstram a analogia de como se atinge a ordem por intermédio da transição da fase, colocando da similaridade entre criação, *caos* e imaginação. Para mim, os atratores constituem o que chamo de “suporte de ancoramento” (vide capítulo 3) importantes para a fase mais caótica da experiência de natureza psicótica, na constituição da ressonância que estes impulsionam ao processo “reorganizador” do sistema ou, melhor exprimindo, do constructo egóico, como elemento estruturador, fundamental ao processo de integração da experiência vivida e ao sentido de trans-forma-ação possível a partir da apropriação do que é integrado.

Capra (1996) refere-se à idéia de um padrão de organização, instituidor da ordem – uma configuração de relações características de um sistema em particular, referindo-se às redes, como padrão de organização comum da vida, fundamental a uma nova ordem, sendo uma das características desse padrão a sua não-linearidade (p. 59), estabelecendo, inclusive, uma relação com a lógica de funcionamento da mente – o que faz de tal compreensão fundamental para o olhar que identifica uma nova ordem e criação. Além disso, aspectos referentes à estrutura e ao processo em si.

Com a lógica do *caos*, estamos falando de um mundo diferente da concepção linear, onde tudo parece previsível e logicamente determinado. Ainda em 1927, na medida em que a teoria quântica se desenvolvia, tornou-se claro que, a nível microscópico, os processos físicos eram essencialmente indeterminados, previsíveis tão-somente em termos de probabilidades. Com o passar do tempo e a partir de toda uma diversidade de experimentos criados, foi possível demonstrar que o indeterminismo é inerente a sistemas em todos os níveis de complexidade e que se desenvolvem em padrões complexos e não repetitivos. Tal aspecto constitui amplo espaço de manifestação da atividade de criar (criatividade), qualidade inerente à própria consciência e à dinâmica de significados que são criados e recriados numa enorme e diversificada turbulência, diante do manancial de experiências caoticamente sentidas e vivenciadas em uma crise de natureza psicótica.

Para Briggs e Peat (2000), a metáfora do *caos* nos traz três temas importantes: controle, criatividade e sutileza. Dessa forma, os sistemas caóticos encontram-se além de todas as humanas tentativas de previsão, manipulação e controle; assim, “fazer um pacto com o *caos* oferece-nos a

possibilidade de viver não como controladores, mas como participantes ativos da natureza” (p. 19), sendo a metáfora da teoria do caos reveladora do fato de que, além das tentativas de controlar e definir a realidade, encontra-se o rico reino da sutileza e da ambigüidade, importantes elementos para a dimensão criativa, onde se vive a vida real.

Nesse sentido, quando me reporto à fenomenologia da transformação, proponho, entre outros aspectos, o manejo das crises não por meio da dominação e do controle, mas por intermédio da alquimia do encontro, do vínculo, do respeito, da presença, da escuta e da instituição de “suportes finos”, em que atratores, “ancoradores” e contribuintes à estrutura de suporte às “flutuações” possíveis, auxiliem nos possíveis “pontos de instabilidade e bifurcações”, estruturando passos em um caminho, onde a criatividade tem um papel importante na geração de possibilidades imensas que a Consciência e o Ser humano desvelam.

Isso implica, no entanto, que a nova ordem não é plenamente determinada ... nem, necessariamente, a ordem prevista ou desejada por mim; ela é aberta... dissipativa, ambígua, contudo, possibilitadora de todo um reinventar a partir de uma matriz criativa e evolutiva, diante da possibilidade de verdadeiros processos de transcendência, na ação de ir além da forma, implícita como possibilidade ao princípio inerente a uma vivência de crise, inclusive, de natureza psicótica.

## 8 SOFRIMENTO PSÍQUICO: DO ESTIGMA À TRANS-FORMAÇÃO

Da Grécia pré-socrática, onde o sofrimento psíquico era um castigo dos deuses, diretamente associado à loucura, às concepções atuais, que incluem uma diversidade de relações envolvidas na gênese do sofrer, as questões acerca do sofrimento permeiam a própria existência humana.

Na raiz da palavra sofrimento: de sofrer, indica desde suportar, agüentar, padecer à infortúnio, angústia e resignação (Cunha, 1982, p. 731). Na diversidade de sentidos possíveis, investigando tais sinônimos, outro termo surge em comum: a dor.

Nesse aspecto, aparece a forma particular de encarar, olhar e viver um sofrimento, dentro da constituição singular de uma pessoa e sua forma, individual, de lidar com a dor. É a dor uma experiência-limite, íntima e subjetiva, constituída a partir do cenário mundano no qual se constitui o sujeito (também mundano<sup>63</sup>) na experiência, em todo um conjunto que interfere no viver significativamente, na extensão de uma particularizada dor: a dor psíquica.

Para Sölle (1996), o sofrimento expressa a duração e profundidade de uma dor, produzindo nas pessoas a sensação de desamparo e angústia, onde uma dor intensa paralisa qualquer energia de resistência e não raro leva ao desespero.

---

<sup>63</sup> Vide capítulo 2, no que se refere à Filosofia merleau-pontyana.

Não incluo, neste trabalho, questões mais profundas acerca desse tema, no entanto, destaco a visão de Minkowski (2000), no qual o sofrimento é uma parte integrante da existência humana. Mais que uma parte, ele a marca, a posiciona. “O sofrimento faz sofrer, machuca, é uma dor; é do domínio de *pathos* humano e nele o homem reconhece seu aspecto humano. O homem por sua essência, irá sempre conhecer o sofrimento”(p.156), não sendo este sinal de desequilíbrio, fazendo parte “normalmente” da existência humana.

O sofrimento não é certamente um bem, mas também não é um mal no sentido banal do termo. Não é nem um nem outro, ou os dois de uma vez. Dói, e como!, mas a partir dele, o homem depara-se com problemas que sua existência coloca diante de si e o reconhece. Em si mesmo, o sofrimento não tem sentido – também, como teria ele um sentido? – mas, por meio dele coloca-se o problema do sentido da vida (Minkowski, 2000, p.157).

Assim, o autor citado refere que o sofrimento vem fundar a existência humana, estando este em todos e nele toma-se contato com todos e com a existência... “não miséria humana, mas sofrimento humano”.(p. 157). O sofrimento vem integrar-se ao dinamismo da vida, antes de mais nada, em seu sentido afirmativo, sugerindo “integração natural no mundo da vida” (p. 157); assim, o sofrimento, como todo fenômeno fundamental, destaca-se do que está em movimento e do que é vivo, sem que se possa traduzi-lo em cifras nem mesmo em palavras.

Minkowski (2000) também verbaliza que “a partir do sofrimento humano, abre-se para nós o aspecto pático (e não patológico) da existência. Este aspecto pático atravessa-a mesmo, de alto a baixo, marca-a, torna-a humana” (p. 159). Apresentando o que chamou de fenômenos páticos, destaca o fenômeno da ansiedade ou da angústia humana, aspecto que mais freqüentemente se apresenta em psicopatologia, destacando-a como fenômeno pático, mas não necessariamente patológica em sua origem. Extremos da ansiedade e da angústia humana, porém, comportam um despedaçamento específico, o que pode ser expresso por sintomas psicóticos, ou mesmo na chamada esquizofrenia.

A ansiedade, em sua dimensão existencial, virá situar-se. A ansiedade é uma reação humana... pungente, dolorosa crispação interior, ela estreita o campo da consciência e ao mesmo tempo o da existência. Ela paralisa o livre desabrochar, determina “um universo ansioso” que lhe é próprio [onde] a ansiedade mórbida toca de perto a angústia humana (Minkowski, 2000, p. 162).

No que diz respeito ao aspecto pático e da dor que marca, introduzo a questão do estigma. A esse respeito, o termo estigma (Cunha, 1982), derivado do grego stigma-atos, diz respeito, na sua origem, à “cicatriz, marca ou sinal” (p. 330). Ximenes (1999) acrescenta ainda a dicção “sinal infamante” (p. 275). Por sua vez, segundo o autor, infamante como “aquilo que torna infame, desprezível, indigno, desonroso” (p. 349).

Consoante Goffman (1986), estigma é uma marca pública, algo que pode ser notado pelos outros e que envolve uma “identidade deteriorada” (p. 1), referindo-se também “a situação do indivíduo que é desqualificado de uma plena aceitação social” (p. 1) e ainda “para falar de um atributo que tem efeito profundo de descrédito” (p. 3).

Na obra do autor citado (1986, p. 01-40), no livro *Stigma*, Goffman, entre outros aspectos, tece o histórico da estruturação desse termo, referindo-se que os gregos criaram o termo estigma para referir-se a sinais corporais criados para expor alguma coisa incomum ou de negativo sobre o *status* moral da pessoa, como, por exemplo, sinais ou marcas que identificavam um escravo, um criminoso ou um traidor – o que denunciava uma pessoa marcada, que deveria ser evitada especialmente em lugares públicos. Hoje, “o termo aplica-se mais a desgraça ou vergonha do que ao sinal ou marca corporal” (p. 1).

A esse respeito, o autor destaca o papel dos contextos sociais em estabelecer categorias de pessoas e o complemento de atributos que se consideram comuns e naturais para membros de cada uma dessas categorias, na constituição de sua identidade social; o autor refere que a atribuição de determinados atributos, principalmente quando neste o efeito de descrédito é muito grande, constitui uma “discrepância especial entre a identidade social virtual e a identidade social de fato” (p. 3), sendo o estigma “um tipo especial de relação entre um atributo e um esteriótipo” (p. 4).

Goffman refere-se a três tipos gerais de estigma: as abominações do corpo, incluindo as deformidades físicas; as manchas do caráter individual, incluindo aí o histórico em transtorno mental e estigmas tribais de raça, nação e

religião. Por sua vez, as pessoas ditas “normais” exercem variedades de discriminações, mediante as quais, efetivamente, reduzem as chances de vida das pessoas estigmatizadas, constituindo uma espécie de teoria de estigma e até uma ideologia para explicar o perigo representado, na maioria das vezes não se relacionando com o estigmatizado com respeito e consideração.

Também faz referência a uma situação em particular, na qual a pessoa, com uma diferença que lhe cause vergonha, pode romper com o que se chama realidade e tentar empregar uma interpretação não convencional do caráter de sua identidade social, podendo também usar o seu estigma para ganhos secundários, funcionando este como “um gancho no qual o paciente pendurou suas incapacidades, suas insatisfações, seus deveres desagradáveis da vida social e passou a ficar dependente disso não somente como uma escapatória razoável da concorrência, mas como uma proteção contra a responsabilidade social” (p. 10).

Por outro lado, entre os seus próprios, o indivíduo estigmatizado pode usar a sua desvantagem como uma base para organizar sua vida, tendo que se contentar com um mundo pela metade para isso, até desenvolvendo relatos, discursos e explicações sobre o fato de ser portador de estigma (p. 21).

Agora, me permito a digressão de trazer o estigma pelo referencial da Botânica, Ximenes (1999) descreve como “a porção terminal do gineceu, na qual os grãos de pólen são retidos e levados à germinação” (p. 330). Incluo o referencial da Botânica, como ponte para relacionar e lembrar dos gineceus, como “órgãos femininos da flor” (Ximenes, 1999, p. 317), em sua função criadora, germinadora para algo que tem o potencial de nascer e de brotar, o que de novo vejo também presente no sentido com o qual relaciono crise, caos

e criar<sup>64</sup>, quando adequadamente cuidada e abordada sob a possibilidade de ir além da noção da marca/estigma, para marco de geração de novas possibilidades, oportunidade de trans-forma-ação.

Apesar de tê-lo apresentado no capítulo 3, incluo aqui o vocábulo transformação, destacando-o como a ação de ir para além da forma, ou mesmo a “ação de transcender a forma”, como refere Bertolucci (1991). Ir além da forma me sugere a necessidade de discernir o ato criativo, *trans-forma-a-dor* (do sofrimento psíquico), elemento de toda uma força-motriz impulsionadora ... na vivência e na experiência e, por que não dizer, na constituição de um processo que manifeste o que chamo, no capítulo citado há pouco, de uma “fenomenologia da trans-forma-ação”.

Apesar de, por vezes, tão presentes na vivência e na experiência de crise, as marcas confirmadoras e reforçadoras do sofrimento no aspecto patológico se constituem e se fazem mantenedoras do estigma de impotência e insanidade. Em um contexto no qual ao desvio do “normal” – em comportamentos, atitudes, percepções, falas e nexos, aparentemente dissociados – associa-se uma cultura de exclusão e segregação<sup>65</sup>, principalmente, se em vivências de natureza psicótica. Nesse sentido, desde a marca que significa ser paciente psiquiátrico ao rótulo impresso pelo chamado diagnóstico, à sucessão de preconceitos por parte do outro e de si, as questões sociais, culturais, econômicas ideológicas envolvidas, entre tantas outras.

---

<sup>64</sup> Vide capítulo 7.

Também é interessante o que referem Abrahan, McKenna e Sheldrake em *Caos, Criatividade e o Retorno do Sagrado* (1992): “uma coisa que está clara é o fato de que o caos é feminino, e que a criação a partir do caos se parece com a criação a partir do útero, uma potencialidade que tudo contém e que emerge da escuridão”. (p.74).

<sup>65</sup> O que tem relação com a própria origem e determinação social das políticas públicas em Saúde Mental. A esse respeito, vide capítulo 4, item 4.3.

Apesar da subjetividade, própria de cada pessoa, na maioria das vezes, encontrar possibilidades, incluir novas respostas, criar manejos conscientes de enfrentamento, em vez de confirmar a crise como estigma de “queda” e despotencialização, parece sugerir elementos para a “ascendência” ou transcendência da consciência, apropriação do potencial criativo e transforma-a-dor, inerentes ao humano, em um curso que pode ir do sofrimento para o crescimento e, tenho visto, do estigma para a trans-forma-a-ção.

## 9 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo, apresento os resultados acerca dos significados vivenciados pelas pessoas na experiência de uma “crise” de natureza psicótica, ou mesmo diante desse diagnóstico, para os critérios diagnósticos em Psiquiatria. Analiso as entrevistas de quatro colaboradores acompanhados por mim em Psicoterapia, bem como apresento suas histórias clínicas. Esse grupo foi composto por dois homens e duas mulheres; a idade variou entre 21 e 40 anos.

Também constitui um segundo grupo, composto por pessoas que já foram (não são mais) acompanhadas por mim em psicoterapia e que se incluíam nos critérios elencados para a constituição dos colaboradores. Para esse grupo, fiz uso de alguns trechos de fichas clínicas e alguns registros de dados, material escrito, entregues a mim durante a época em que foram acompanhados. Esse grupo foi composto por sete colaboradores: cinco mulheres e dois homens; a idade variou entre 29 e 39 anos.

Reuni os meus achados, resultantes dos significados apreendidos a respeito do sentido da crise, com a revisão de literatura apresentada nos capítulos que antecederam, bem como com a minha experiência ao longo da clínica. Esse conjunto me permitiu compor a interlocução do que pude construir, para esse momento. Este se constituiu em um rico aprendizado, onde foi possível recuperar meus objetivos, acessar as questões insuspeitas

inicialmente e encontrar as respostas para as questões inicialmente formuladas.

Nesse sentido, devo destacar o quão importante foi fazer uso da entrevista e poder estar com aquelas pessoas “de um outro lugar” - diferente da psicoterapeuta - e, ir além do material que já dispunha nos meus escritos e anotações ou do que percebia sobre suas histórias. Impressionante é vê-los relatando suas vivências, em uma espécie de “síntese” acerca do vivido e a sutileza impressa (ou expressa) na composição entre as falas, os tons, as pausas, as expressões emocionais ... na percepção das múltiplas nuances (e contornos) que essa composição desvelou.

### **9.1 Acerca dos colaboradores e suas histórias**

Não me propus, nesse item, a apresentar um caso clínico ou a adentrar nele de forma mais profunda, discutindo uma possível psicopatologia apresentada, situando intervenções ou manejos específicos. Também não adentrei mais especificamente nas histórias de vidas dessas pessoas, mas antes busquei apresentá-las aqui... um pouco de suas pessoas, um pouco de sua clínica, a partir do que íamos encontrando e construindo no processo de encontro, na psicoterapia.

Quando falo de uma pessoa, falo da história de sua trajetória e do mundo de construções e representações do vivido. Mundo que se expressa,

singularmente, durante um processo de crescimento e transformação. Apresento, pois, um pouco dessas quatro pessoas, suas histórias mundanas na existência, expressando passagens e toda uma diversidade do humano - donas de uma história rica de experiências - por sua vez, permeadas de sentimentos, emoções, vivências, história, sociedade, cultura, ideologia, entre tantos outros elementos que nessa breve síntese não puderam ser destacados, mas que são fundamentais à compreensão do vivido por cada uma dessas pessoas, em suas singularidades... em seus “múltiplos contornos”.

### **Mônica, 27 anos, comerciária**

Havia retornando a ligação telefônica para o marido de Mônica, que ligara dizendo estar muito preocupado com sua esposa, que estava há mais de seis meses em crise. Este falou que sua esposa estava usando medicação antipsicótica. Também contou que, antes da crise, Mônica comportava-se de forma estranha, por exemplo: arrumando muito a casa, ficando insistentemente limpando tudo. Ele pareceu-me sinceramente comovido e preocupado com ela. Marcamos a consulta de Mônica para aquela semana.

No primeiro encontro, Mônica adentrou a sala com um olhar perdido, vazio e uma expressão que, para mim, apesar de seu olhar distante, parecia de estranhamento e medo; tinha a voz trêmula e arrastada, o corpo muito travado pelas “impregnações” do antipsicótico. Sentou um pouco longe, pegou um papel de caderno pequeno - escrito a lápis com uma letra tremida e algo disforme – e prontamente, tirando-o da bolsa, entregou-me... ficou apreensiva numa certa ansiedade, olhando-me distante, enquanto esperava que eu lesse.

Depois falou: “a senhora entendeu? Eu tou longe da minha alma, tou perdida dela, dá pra senhora me ajudar a trazer ela de volta?” - Expressava-se por meio de uma voz trêmula e travada, um choro que insurgia, algo contido. Falou-me que tudo estava muito confuso e que não sabia mais de nada. “Os médicos disseram que sou esquizofrênica” - expressou. Perguntei-lhe se gostaria de juntas irmos em busca de sua alma e Mônica expressa, parecendo surpresa e comovida com minha colocação: “então a senhora acredita em mim?”. Disse-lhe que sim e que a sua decisão em pedir ajuda era muito importante e que, juntas, iríamos poder fazer isso. Escutei-a no que descrevia acerca de suas experiências e percebi a nuance do momento em que o olho parado de Mônica pôde encontrar-se com o meu.... Em alguns momentos, Mônica parecia “sair totalmente”, levantava da cadeira e ia, aparentemente sem propósito, a um determinado local da sala. Numa dessas idas, viu um colchão no chão e deitou em posição fetal e pôs-se a chorar com as mãos na cabeça. Num dado momento, perguntou-me se eu queria falar com seu esposo que estava lá fora e perguntei-lhe o que pensava disso. Disse-me que sim, que queria.

Seu marido explicou detalhes do comportamento de Mônica e o contexto onde as modificações tinham começado. Ambos faziam parte de uma prática religiosa que utilizava um chá composto de plantas com características alucinógenas. Apesar de Mônica, há muitos meses, não fazer uso deste chá, as primeiras mudanças de comportamento ocorreram na vigência do uso do chá, embora Mônica já o utilizasse há anos. Contou-me de momentos de agressividade, das investidas de Mônica em matar o seu cachorro - a quem há

tanto queria bem - de sua fala em matar-se e de episódios onde a mesma saía correndo na rua.

Expliquei-lhes a minha percepção a respeito e no que iríamos investir agora. Orientei atividades práticas para Mônica que iam de cuidados com seu corpo a alimentação e atividades diárias. Nessa hora, apesar de sua aparente ausência e distanciamento, veio para perto e parecia esforçar-se para “apurar” a escuta e, enquanto eu falava, balançava, meio a esmo, com a cabeça afirmativamente, embora com o olhar muito distante. Pedi permissão para examiná-la, a qual prontamente permitiu – estava com muitos efeitos colaterais da medicação antipsicótica.

Apresentei as opções medicamentosas e, dada a extensão do sofrimento vivenciado por Mônica, sugeri a substituição da medicação por uma outra da classe dos antipsicóticos, porém mais moderna e em dose baixa (que, inclusive, ela escolheu). Ao sair, mais uma vez percebo no olhar de Mônica, um olho que encontra o meu, apesar do distanciamento. Chega perto de mim e com o corpo muito rígido me dá um abraço distante.

As sessões se sucediam e Mônica tornava-se cada dia mais presente, falava de uma ansiedade e uma impaciência de ficar logo boa, dizia-se instável e tinha desaprendido tudo que sabia antes da “crise”, perguntava-me se um dia ia poder voltar ao normal, ao mesmo tempo em que falava de sua vontade de morrer por estar causando sofrimento a sua família, mostrando-se depressiva e relatando sua tristeza e vergonha diante de tudo que ouvia no relato de seus parentes, concluindo que foi motivo de vergonha para sua família. Ajudei-a a perceber melhor isso e firmamos um pacto a respeito... pacto que incluía metas, desejos, o sentido que Mônica buscava na vida,

evidenciando sua vontade de ficar logo boa. ... Tive ainda um encontro com seu marido e um outro com sua irmã ... dei-lhes livros para lerem a respeito, enquanto com Mônica, fomos estruturando aspectos práticos de sua vida mundana.

Com um mês e meio de acompanhamento, voltou ao trabalho, pois sua antiga chefe, de forma bem acolhedora, chamara Mônica de volta para passar um tempo na loja até melhorar e ter de novo sua carteira assinada. Nesse período, já me perguntava com grande interesse sobre o que acontecera consigo e se mostrava verdadeiramente interessada sobre o assunto... foi tornando-se mais paciente consigo e descobrindo seus potenciais de mudança. Mônica foi trazendo o conteúdo de suas vivências e a confusão que tudo aquilo lhe causara e, paulatinamente, fomos adentrando no mundo de seus significados pessoais. A cada passo, fomos recompondo significados acerca do que vivera e buscando a relação com sua vida cotidiana, com sua existência. Após seis meses, o antipsicótico, que durante este tempo era ministrado em doses bem baixas, foi retirado e Mônica chorou muito nesse dia, descrevendo-se feliz e dizendo que não era uma esquizofrênica, afirmando:

*(...) eu me sinto livre agora, nascendo com minha força ... uma planta nova, renascendo em plena transformação, pôxa que bom! É maravilhoso.*

Um ano e seis meses passaram-se, ao longo dos quais, pude, juntamente com Mônica, reconstituir sua história. Mônica é a filha mais velha de uma família de quatro irmãos: ela e mais duas mulheres e um irmão adotivo,

mais novo, com retardo mental. Mônica trabalhava no comércio e, antes de sua crise, já havia pedido demissão para trabalhar como autônoma vendendo peças femininas, pois vinha em um ritmo sobrecarregado de trabalho.

Esse aspecto da sobrecarga era um dado comum, pois também se dizia sobrecarregada com as tarefas de casa e com o fato de ter que ficar arrumando tudo, que seu marido reclamava disso e que por isso tinha ficado “em depressão”, porque não conseguia trabalhar e ser uma boa dona de casa, que recebia exigências dele quanto a isso. Tinha sido atleta, competidora de triatlon (o que ajudou bastante no trabalho com o corpo e o retorno das atividades físicas, fundamentais a primeira etapa de seu acompanhamento).

Mônica descrevia-se, de forma coerente, como tendo sido a dona da verdade e a salvadora do mundo ao longo de sua vida, papel que assumia em sua família de origem, inclusive, intermediando questões entre os seus pais e assumindo responsabilidades em casa que eram de sua mãe. Trouxe questões a respeito de sua infância, da aparente subserviência de sua mãe e do autoritarismo de seu pai, aspectos que lhe traziam dificuldades; dizia que não queira viver isso em sua relação. Percebeu que antes de tudo era uma pessoa que se exigia muito, sempre cobrando-se mais, ultrapassando seus limites, o que relacionou a uma qualidade nas suas competições atléticas, mas que na sua vida cotidiana lhe causava ansiedade e auto-exigência.

Muitas mudanças de postura foram acontecendo, inclusive, na relação com o marido e no movimento de vencer o medo de expressar-se – o que redimensionou a relação. O marido também pôde colocar-se e Mônica pode enxergar outros aspectos, em suas atitudes até então não percebidas pela mesma.

Mônica foi efetivada no emprego ainda no terceiro mês, hoje, pensa em fazer faculdade de educação física e trabalhar na reabilitação de crianças especiais; tem feito ioga e karatê; descreve-se com um amor especial por suas plantas, que descobriu na “crise” durante as atividades de jardinagem que realizava, e refere uma grande gratidão pela ajuda que recebeu destas. Durante o seu processo terapêutico, entramos nos conteúdos de agressividade, “maldade” e “coisas que dizia” o que Mônica foi relacionando com as atitudes que assumia na vida, inclusive, a de ela própria cobrar-se muito. Diz-se muito mudada, “de volta no mundo” e percebendo “o prazer de estar aqui”, apesar dos desafios e questões que se apresentam. Avalia que se sente mais segura, menos dona da verdade e bem mais consciente dos seus limites sobre sua vida e a vida dos outros; se descreve expressando seus sentimentos com muito mais propriedade, “sem as coisas chegarem no ponto de explodir”. Ainda vem trabalhando algumas situações potenciais de confronto que enfrenta e elementos de sua infância, bem como de seu feminino no papel em sua casa, junto a sua relação afetiva. Diz que fala de seu processo para pessoas, sabendo que sua história pode ajudar, para que saibam que “é possível viver a transformação” e que deseja muito contribuir nisso. Ainda refere-se com emoção sobre o que viveu e diz de “um choro alegre” de “emoção de felicidade” por ter sido possível e estar, hoje, sendo ela mesma.

### **Carlos, 32 anos, estudante universitário**

Meu primeiro contato com Carlos ao retornar sua ligação telefônica:  
“Oi, é que eu sou um bipolar do humor, meu nome é Carlos... Um amigo (X) lhe

indicou e tou querendo marcar uma consulta... Disse que você faz uma terapia que considera as pessoas de forma diferente e tava querendo começar”.

Naquele contato, Carlos me pareceu um pouco ansioso, mas chamou-me à atenção a identificação com o diagnóstico na sua apresentação, embora Carlos ao longo de seu processo muito questione esse aspecto.

Duas semanas depois, Carlos adentrava o consultório. Descreveu-me suas crises, particularmente, a primeira com o contato de energias, sensações de êxtase e identificação com seres da natureza; também o contato com extraterrestres que tinham adentrado seu quarto. Falou-me da natureza das crises. De vez em quando interrompia e perguntava-me “quer saber como é?” – como que se certificando da importância de seu relato para mim. Ou justificava-se: “não sei se é importante pra você, mas acho importante contar o que sinto”. Mostrava-se revoltado com suas “crises” dizendo que era “uma droga” e que nessas ocasiões parava sua vida, significando muitas perdas, que tinha muita revolta de tudo aquilo.

Carlos era acompanhado por outra psiquiatra, o que preferi manter assim, percebendo a extensão possível da intensidade de suas vivências e a superposição de papéis, nesse contexto, não me parecer adequada.

Iniciamos o processo. Carlos era um estudante universitário estagiando em um escritório, em uma área onde necessitava muito usar criatividade. Descrevia como sua mente acelerava-se enquanto criava e que, às vezes, não conseguia parar aquilo. Com mais ou menos três meses de terapia, assumiu um lugar junto a seu estágio, questionando-se de sua

importância dentro da empresa; falou-me de sua sensação de ser perseguido por uma pessoa do local.

Na semana seguinte, Carlos adentrou em uma “crise”. Neste processo, descrevia-se no encontro com monstros, dragões, seres alados, naves espaciais e cavaleiros do apocalipse - literalmente por ele descritos - além do encontro com “o grande urso”, que dizia ser seu protetor e estar ali no consultório, junto a ele, pronto para me dar “uma patada na cara”, se necessário, numa expressão confluyente de poder e medo. No auge de suas vivências, Carlos gritava no consultório, se debatendo e “fincando os pés” com uma “autoridade macabra”, que invadia “os arquivos” de meu corpo e minha alma: “fique com os pés no chão!”, me dizia ele ao perceber o incômodo que o meu corpo vivenciava em não saber “que espaço ocupar”, em meio à emergência de tantos conteúdos. “É difícil ficar aqui, não é?” Carlos urrava para mim, “com a força do urso”, fazendo referência a sua percepção do meu incômodo corporal. “Estou rastreando sua alma” e Carlos “resgata” e expõe dezenas de imagens acerca de mim, segundo ele “arquivo secreto de sua pessoa” que ele dizia acessar com seu “poder especial”... da “invasividade” à iminência concreta do risco de violência física. Carlos não precisou quebrar-me a cara, literalmente, com “a patada do urso que estava com ele”. Disse que estava cheio de ficar ali e que ia sair, indo embora da sala. Sua mãe estava lá fora e o acompanhou de volta. No dia seguinte, Carlos me liga e chorando muito me pede desculpas, no entanto, fala comigo em tom forte e autoritário, algumas palavras em inglês. Marca uma nova sessão, onde apresenta-se de paletó e gravata, óculos escuros e pasta de executivo, dizendo que Carlos morrera e, ali, estava assumindo uma nova pessoa. Quase no final da sessão,

tira os óculos, pedindo-me para colocar uma música instrumental - que sabia que eu tinha - e chora muito, dizendo que precisa voltar, pedindo ajuda pra isso. Depois, Carlos retorna referindo que Carlos morrera e que ia morar na favela com os pobres e que as naves espaciais o estavam acompanhando. Nesse semestre, Carlos quase perdera a faculdade, perdeu sua namorada, seu emprego e atravessou um momento importante de depressão, mas foi, paulatinamente, recuperando-se deste crítico período, em torno de um mês. Sua psiquiatra, de forma bem adequada, fazia pequenos ajustes de medicamento e manejava com muita destreza sua medicação.

Quase três anos passaram-se e, nesse meio tempo, Carlos não teve mais crises. Segundo ele, está “desmistificando os personagens”, buscando trabalhar sua agressividade, que identifica desde adolescente. Diz que a cada dia vem se tornando mais maduro. Sua terapia inclui demandas variadas de sua mundaneidade, ao mesmo tempo em que Carlos foi se apropriando da capacidade de relações acerca de sua experiência vivida no universo de símbolos e significados. Descreve-se com outra força, que o faz sentir seguro para afastar-se dos fantasmas da crise e vencer os medos. Faz uma diferença entre essa força que é sua e não uma outra, ou de “outrem”. Casou-se há pouco mais de um ano (com sua ex-namorada) e tem uma filha pequena recém nascida. Durante a gravidez de sua esposa solicitou sessões com ela, trabalhando suas crises e propondo acordos a respeito; também solicitou sessões com seus pais, as quais, em duas sessões, suas mãe compareceu. Está em um novo estágio em sua área e terminará sua faculdade no próximo ano.

**Pedro, 21 anos, estudante universitário.**

Pedro adentra o consultório e olha pra mim muito seriamente. Cruza as pernas e, então, começo a perceber que o mesmo me imitava em todos os gestos que fazia. Fala-me dos “atravessadores” e de uma cascata de coisas, aparentemente em “completa desconexão”. Dizia-se viajando e que era Casimiro de Abreu, aproximando-se de mim de forma invasiva e, ao mesmo tempo, ameaçadora. Interrompia muito frequentemente sua fala para perguntar-me a respeito de músicas, falar-me do que tinha descoberto, citar aspectos da geometria, falou-me de Pink Floyd e perguntando-me se eu gostava deles, ao que respondi afirmativamente, prometeu-me trazer um DVD do grupo, para que eu assistisse. Comentou que eu entendia a linguagem dele e que isso era bom. No meio de sua fala, disse-me que tinha usado o ácido (LSD) e que estava em “uma viagem de sacralidade”. Acordamos que ele poderia falar-me sobre o que quisesse e que estaria disponível para escutar-lhe dentro de um limite, que corresponderia a um tempo que poderia dispor para estar com ele, a cada sessão. Tinha sido medicado com antipsicóticos, mas sua família retirara a medicação. Seu tio tinha ido com ele e estava lá fora; aproveitei para conhecer a percepção da família sobre o que acontecia com Pedro e para incluí-los o quanto antes no “suporte de ancoragem”, ao que o tio se envolveu prontamente. Conversamos sobre medidas práticas e orientações da vida cotidiana, ao que Pedro participou e concordou em querer fazer. Apresentei as possibilidades terapêuticas, incluindo o uso de baixas dosagens. Pedro também participou da escolha, sobretudo, quando perguntou se a medicação poderia ajudá-lo a vencer os medos que estava tendo optando, enfim, pela menor dose. Passei a vê-lo duas vezes por semana. Na construção

da “ancoragem”, fiz sessões com ele e sua mãe; com ele, sua mãe e seu tio; com ele e seu irmão. Pedro tinha certo fascínio pelo que vivenciava, dizendo-se “atraído pelas coisas do inconsciente” e pela sua experiência de “sair do controle”. Depois, Pedro relacionou sua necessidade de sair do controle à forma como controlava suas emoções e ao controle de sua vida, exercido por sua mãe.

Foi, passo a passo, integrando-se nas sessões e permitindo-se falar de si e trazer emoções e metáforas do vivido. Também usava muitas imagens que trabalhamos (um portão de ferro no coração, uma contenção no corpo, personagens que foram desfilando no curso do processo terapêutico, denominadas por ele: “o intelectual”, “o contido”, “o indiferente”, “o rebelde”, “o louco”, “o bonzinho”, “o mau”). Particularmente, Pedro vem focando bem mais “no indiferente” e “no rebelde” e trabalhando o uso que ainda faz da maconha, bem como sua relação na família, principalmente, com sua mãe; seus pais são separados desde sua infância, tem um único irmão mais novo, com diferença de um ano. Pedro retomou sua faculdade, recuperou o semestre e estudou para um outro vestibular (o qual até o momento recebeu aprovação na primeira fase, com chances de passar). Diz que quer estudar Psicologia, compreender o inconsciente e fazer um livro sobre sua história. Em várias ocasiões, refere-se à importância que teve o apoio de sua mãe, de seu tio e de sua terapia; diz que tem muito a agradecer por sua família não tê-lo internado e por ter encontrado meios de viver a crise sem enlouquecer. Dez meses são passados.

**Fátima, 40 anos, ex-bancária, estudante universitária.**

Há cinco anos encontro Fátima. No primeiro dia falava de sofrimento e de diagnósticos. Contou-me dos vários médicos que percorrera e de uma lista de diagnósticos do seu caso. Chorava falando de sofrimento. Contou-me de uma internação psiquiátrica, “junto de psicóticos”, em Brasília.

No segundo encontro, trouxe-me a cópia de seu prontuário médico de uma instituição a qual era vinculada, como também uma lista de seus medicamentos, na época, onze. Na lista dos que já havia tomado, incluía-se quatro variedades de antipsicóticos. Era acompanhada por um outro psiquiatra e já havia passado por mais de quinze profissionais. Informou-me que nunca se entregava na terapia e “botava os terapeutas no bolso”, sendo muito “esperta” e “inteligente” para um profissional “lhe pegar”. No entanto, a cada encontro, ia se fazendo presente de forma diferente, trazendo muitos escritos, desenhos, esboços, que chamava “capítulos” de sua vida. Aos poucos, Fátima foi chegando e entregando-se, apesar de suas claras tentativas em testar-me.

Alternava o desejo de morrer e a busca por uma assistência psiquiátrica. Percebi que havia traços de personalidade importantes e que não seria aconselhável, naquele momento, estar em um duplo papel: psiquiatra e terapeuta. Optei pelo último. Certo dia, trouxe-me caixas e caixas de comprimidos, abrindo-os na minha frente e ameaçando tomar. Em sua dor, desconfiança e medo havia componentes que, hoje, Fátima expõe claramente e assume com consciência de manipulação e busca de afeto e atenção.

Em sua história, é a filha caçula entre três mulheres. Durante muito tempo, em suas palavras, “idolotrou” seu pai que era “um Deus” para ela e teve

distanciamento e raiva de sua mãe. Acessou duas situações de assédio por parte de primos em sua infância, e, por fim, pode acessar situação de abuso por parte do pai, durante uma boa parte de sua infância. Foi funcionária de um Banco e vivenciara um período de grande pressão, por ocasião de um plano de demissões voluntárias ocorrido. Após algumas tentativas de retornar ao trabalho foi aposentada por invalidez.

Fátima entusiasmou-se com a terapia, alternando momentos de amor e ódio para comigo, ao mesmo tempo em que se sentia ouvida, podendo confiar, “mergulhando” em seus processos de muita entrega e presença sincera. Em paralelo, no entanto, estruturas que sustentavam a desconfiança para comigo continuaram existindo. Também falava que se sentir ouvida em sua alma.

Fátima era da religião carismática, tinha uma filha e, na época, estava recém chegada de Brasília, morando na casa de uma irmã. Sua filha estava com seus pais no interior. Fátima falava de metáforas, do coração e da alma em uma linguagem cheia de significados para si, ao mesmo tempo em que adentrava profundamente em suas dores, inclusive físicas, pois manifestou problemas na coluna e teve diagnóstico de fibromialgia (depois Fátima significou essas dores, deu falas a elas e, posteriormente, foi se sentindo liberada. Há três anos não apresenta sintomas nessa área). No decorrer do processo, descreveu-se com medo de ficar louca, de matar-se ou mesmo de ferir alguém. Em momento de desespero procurava internação, indo várias vezes às emergências. Durante o período que esteve comigo, houve duas outras internações psiquiátricas, ocasião que narra durante sua entrevista. Saiu de uma das internações a partir de um contato telefônico - solicitado por Fátima

- que fiz com o plantonista do hospital mental, comprometendo-me – não antes de acordar com ela – que esta iria direto para o consultório para uma sessão comigo.

Durante esse tempo, Fátima entregava-se cada vez mais à terapia e aprofundava as transferências comigo, algumas difíceis de ultrapassar. Por duas vezes, desistiu do processo terapêutico e retornou. Nesse ínterim, começou a falar do sentido de tudo que vivera e de como precisava dar sentido à sua vida e iniciou o sonho de cursar Psicologia. Nesse percurso, passou por duas outras faculdades de ciências humanas, pois não acreditava, a princípio, que conseguiria entrar neste curso universitário, dada a concorrência. Ao mesmo tempo, questionava se podia, diante de tudo o que sofrera, ser uma Psicóloga, avaliando o seu medo de livrar-se de diagnósticos e do estigma de “ser doente”.

Há dois anos que a acompanho também em seus medicamentos. Chegamos a um momento na terapia, no qual parecia adequado estar neste papel. Fátima faz uso de um medicamento antidepressivo em dose baixa, que está em processo de retirada. Dorme naturalmente sem tranqüilizantes e sem indutores do sono.

Fátima prepara-se, hoje, para iniciar o curso de Psicologia (pois foi aprovada no vestibular); fala de seus projetos, sonhos e desejos. Tem seu apartamento próprio e há três anos mora junto de sua filha. Em suas colocações, constantemente pergunta-se sobre o sentido de tudo que passou, inclusive, sua vivência nos hospitais psiquiátricos, diz que sente que há um sentido para tudo o que viveu e que transformará isso em sua profissão, autorizando-se a ser uma psicóloga. Fala “do caminho de volta” e diz que as

peessoas precisam saber que existe. Tem vários esboços e materiais de composição para o seu livro, acerca de suas experiências e do que chama sua “grande transformação”.

Na medida em que ia compondo a escrita das histórias dessas pessoas mundanas, percebi a importância de apresentá-las, em uma etapa prévia, como fiz, antecedendo a análise fenomenológica de suas entrevistas. É evidente que nesta breve síntese, milhares de nuances, aspectos do vivido e do experienciado nos encontros e entre estes, não puderam ser contemplados. Cada uma destas histórias poderia ser um caso clínico abordado em uma diversidade de aspectos e possibilidades, no entanto, não era esse meu objetivo.

## **9.2 A análise fenomenológica das entrevistas**

Uma vez que meu objeto de estudo pertence à instância do vivido e dos significados, a natureza implícita em *pathos*, no âmbito do sofrimento psíquico e suas extensões, pertence, também, a tênue zona entre o normal e o possivelmente patológico, portanto: ao contexto onde uma nosografia se torna possível. Nesse sentido, atentei quanto ao que Moreira (2001) citando Rovaletti adverte: “a análise fenomenológica não aspira a propor modelos de articulação nosográfica, mas aprofundar a essência de algumas experiências

psicopatológicas e recuperá-las em seu significado de modos de ser do humano” (p. 301).

Na medida em que fui lendo cada entrevista (e as li algumas vezes), identifiquei os sentidos emergentes comuns ou os que se diferenciavam nas falas dos colaboradores. Agrupei tais sentidos na composição de cinco temas centrais, cada um apresentado em outros subtemas ou aspectos em que se desdobraram; o que estabeleci da seguinte forma:

**A Crise:** tema que contém aspecto onde os colaboradores expressaram quase como descrições conceituais e em alguns relatos mais pormenorizados, a natureza de seus sintomas, vivências e o que e como eram experienciados; também o sentido<sup>66</sup> daquilo que vivenciavam, dentro do que vivenciavam e, posteriormente de alguns *insights* conscientes que já puderam se apropriar, a respeito. Por fim, o significado em relação ao que puderam apreender e do conseguiram abstrair, hoje, olhando para a experiência que tiveram. O tema da crise foi grupado nos sub-temas abaixo apresentados:

- a) Da vivência e da experiência;
- b) Do sentido do vivido;
- c) Do significado apreendido;
- d) Das mudanças promovidas.

**O Estigma:** tema central que nas falas dos sujeitos e em suas expressões emocionais constituiu uma variedade de aspectos apresentados, evidenciando elementos que incluíam aspectos desde as políticas de Saúde

---

<sup>66</sup> Nesse contexto, utilizo o termo “sentido” não na esfera dos sentimentos, mas no que diz respeito à lógica ou não, dentro do que foi vivido, no aspecto (do que fazia sentido) nos fenômenos vivenciados.

Mental, aos aspectos da vida de relacionamentos. Um subtema que se apresentou foi à própria reprodução do estigma por parte da pessoa envolvida, em relação ao “doente mental”, apesar dos sujeitos colaboradores terem vivenciados “o olhar de serem olhados” como doentes ... “mentais”. Agrupei em sub-temas que apresento abaixo:

- a) Na Saúde Mental;
- b) Nos aspectos da vida relacional;
- c) No olhar o outro e a si.

**O Sofrimento Psíquico e a Psicopatologia:** tema central que contém aspectos que revelaram diferenças finas acerca de sofrimento psíquico e suas manifestações, em relação a aspectos concebidos como psicopatologia. Agrupei esse tema, nos subtemas abaixo:

- a) Do sofrer e do sofredor;
- b) Da Despotencialização;

**Os Elementos para a Trans-forma-ção:** tema central no qual agrupei elementos nos subtemas, os quais denominei quanto: ao aspecto dos elementos de apoio, dos elementos determinantes para tal processo e ainda um terceiro subtema que muito me chamou atenção pela ênfase dada pelos sujeitos, bem como pelo tom emocional de suas expressões ao se referirem a este processo com uma espécie de “fala de presença” e “expressão de vida” - o qual denominei repotencialização, no sentido de uma espécie de resgate de

poder e, da conseqüente, retomada da capacidade de se viver significativamente<sup>67</sup>. Assim ficaram agrupados os subtemas:

- a) Quanto aos Elementos de apoio;
- b) Quanto aos Elementos determinantes;
- c) Da Repotencialização.

**A Mensagem Final:** Esse foi um elemento comum entre os colaboradores, que em função da ênfase dada pelos mesmos, percebi que constituía um tema central em suas expressões. Ao caminharmos para o final da entrevista, todos, espontaneamente, se colocaram expressando genuíno interesse em contribuir com suas histórias. Sentia em suas falas e expressões uma espécie de mensagem final, de recado que os mesmos expressavam, nos quais emocionadamente (as duas mulheres e um dos homens) falavam de crescimento e mudança, com uma expressão de sinceridade e apropriação do que colocavam. Dois têm aspirações de escreverem um livro sobre suas histórias (uma das mulheres e um dos homens). Em comum, os quatro reforçaram a fala da possibilidade e o desejo de que mais pessoas soubessem disso.

Procedo agora à apresentação da análise realizada dos resultados obtidos. Algumas transcrições são um pouco mais extensas, mas senti como adequadas de serem preservadas, com o intuito de manter uma fidelidade maior a alguns sentidos, na forma como foram reportados. Alguns trechos destaquei em negrito, evidenciando a ênfase com que foram colocados.

---

<sup>67</sup> Faço uma referência ao conceito de despotencialização apresentado por Moreira e Sloan (2002) em *Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica*.

### 9.2.1 Da crise

A compreensão do que os colaboradores expuseram acerca da crise, revelou-se, em algumas afirmações, uma descrição bem pormenorizada e detalhada sobre suas experiências. Tal aspecto encontrado foi bem importante, uma vez que, neste trabalho, investigar como as crises podem se constituir enquanto processos de crescimento, trans-forma-ação e ampliação da consciência, e não apenas em experiências despotencializadoras e estigmatizantes, é esse objetivo geral.

Percebi uma diversidade de questões a esse respeito, procurando agrupar, no primeiro subtema, suas descrições acerca de como era para os mesmos as vivências de crise e a descrição dos conteúdos vividos:

#### **a) Da vivência e da experiência:**

*Crise era mais uma possibilidade de morrer, mais um medo de não suportar o sofrimento... **a crise sempre representava o mergulho no sofrimento, confusão, caos** (pausa) na dor, podia ser um fim, embora alguma coisa em mim lutasse contra... sei lá, acho que no fundo achava que podia ter um recomeço (Fátima, 40 a).*

Fátima aborda um dos aspectos descritos neste trabalho, num capítulo que relato acerca de crise, caos e a instituição de uma nova ordem. Reproduz caos no sentido usado correntemente, da desorganização, mas retoma falando em recomeço. Isso me faz reportar à lógica do caos, onde falamos de um mundo diferente da concepção linear onde tudo parece previsível e logicamente determinado e a possibilidade implícita de uma nova organização.

*Crise ... já tive algumas vivências ... já são 6, não são 8. São 8?!... É, não tenho bem certeza (...). Cada uma com particularidades; são como padrões de emoções e sentimentos que eu tenho. Na primeira vez, assisti o filme star gate... aquele filme mexeu comigo... fiz umas meditações que meu primo tinha me ensinado, comecei a movimentar energias no meu corpo... de repente, fiquei no êxtase... energia pura ... energia pura mesmo ... jatos de energia fluíam do meu coração ... eu era a baleia - não era eu vendo uma imagem de baleia, **era eu sendo ela mesmo**, sentia a respiração dela, eu era a montanha, eu era o pássaro, o oceano ... eu era tudo e nada ali... completamente imerso... não é como se fosse, eu era... passei alguns dias assim, nem conseguia me mexer... só sendo ... na época eu não entendia nada disso. Depois tive outras crises (...). Existe a diferença que pra mim, nas crises é normal (aspas), ... me sinto forte, poderoso... **acredito que recebo energias do além**. Isso me faz diferente. Também me sinto grandes personalidades e*

*um alienígena. São três nuances de se sentir diferente. Já vivi a personalidade de Paulo de Tarso... Já vivi como João o evangelista... vi cristo crucificado... conclui que era João Evangelista... vozes dentro de mim que interpreto como verdade... sinto uma força maior que me faz sentir diferente (Carlos, 32a)*

*(...) O máximo foi manifestar o que tava sentindo sem restrições. Comecei a evocar imagens e elas se reproduziam sem parar...tipo imediatamente... **ir além do julgamento das pessoas...** tipo: poder dançar de um jeito esquisito ou chorar. **Totalmente fora do controle** ... ao mesmo tempo que era desesperador, era sublime ... uma realidade de sacralidade sabe? (Pedro, 21a).*

*Na crise era **terrível**... falava coisas que ninguém entendia. Eram vozes, ficava ouvindo ... informações de várias coisas. Não sabia o que era certo, errado ... noites sem dormir. Foi difícil...comecei com a mania de arrumar tudo, **tudo tinha que ficar no lugar**... depois de querer encontrar formas de matar meu cachorro porque ele tinha nascido dia 15 e ele era uma energia ruim... foi quando meu marido precisou me levar para casa dos meus pais (...). Horas tinha sentimentos de raiva, horas sentimentos de amor. **Fiquei violenta**, quis bater na minha irmã, na mãe – joguei um balde de água fria na mãe... até sai correndo no meio da rua, sem nem olhar pros carro... tava louca. Ao mesmo tempo rezava e pedia oração... foi muita coisa ... **muita coisa mesmo** (pausa, reflexão, emoção)...**Me sentia fora de mim... foram muitas, muitas coisas**... Era tudo terrível, **não entendia nada**. No começo nem sabia que estava doente. Até*

*então achava que os doentes eram eles, minhas irmãs...sem saber o que era certo, sem saber o que era errado... Nunca tive traço de loucura antes... e aí todo mundo me chamando de louca... em alguns momentos tinha lucidez, em outros perdia... às vezes vinha entendimento, ao mesmo tempo não... **uma confusão só...** mas também tinha sofrimento, **não é porque tava assim, meio louca que isso não me fazia sofrer...** tinha muitas vezes que saía de mim e nem lembrava...Quando diziam o que eu tinha feito, **ao invés disso me dá consciência, isso me assustava... eu ... fazendo aquilo? coisas horríveis ... era assustador...** meu Deus ... era um sofrimento só (Mônica, 27 a).*

Nas variadas situações, a perda do referencial de sentido em relação à compreensão da mente lógica, parece-me um elemento comum em um nível tal que ultrapassa a capacidade de integração dos significados da experiência.

## **b) Do sentido**

Nesse aspecto, é interessante considerar um dos elementos básicos em Psicologia Transpessoal, onde a vivência da realidade é função do estado de consciência, uma vez que os colaboradores apresentam suas “lógicas internas”, a partir do que vivem e dos estados de consciência que experimentavam:

(...) Na crise... ah! Não tem saída é o fim, **não tem o menor sentido**, na hora não tem o menor sentido, só confusão (Fátima, 40 a).

As crises não são as mesmas, mas **tenho percebido que existem padrões**. A crença que sou apóstolo do Cristo e que devo escolher outros apóstolos, **que tenho uma missão...** naves espaciais, seres apocalípticos, isso é bem forte. Descobri a imagem que dava para Paulo: ele já foi Saulo e se converteu e cumpriu sua missão, foi um personagem importante ... sabe... **o meu complexo de inferioridade me fazia sentir sendo pessoas importantes na missão...** era uma compensação... foi muito bom mesmo...ter descoberto esses significados, do que isso toma pra mim... **tou desmistificando...** A idéia de assumir grandes personalidades, hoje eu entendo, que tenta compensar um sentimento de pequenez, tem a ver com meus medos, ao mesmo tempo que as fantasias de ser poderoso... me leva para minha infância ... meus primos ricos ... eu me sentindo inferior e querendo ser **igual a eles...** Acho que dentro do meu inconsciente quis assumir esses personagens como compensação dos sentimentos de pequenez. **Compreender isso desmistificou essas imagens pra mim ... perdeu a força... ajuda ... dá um outro tamanho** Também sobre a morte... nessas vivências sempre acho que tou morrendo ou que vou morrer... **hoje faço uma leitura que de alguma forma tenho morrido, tenho matado coisas antigas em mim...** acho que as coisas que venho percebendo vem me amadurecendo bastante...

*... já vão fazer três anos que elas não vêm, né? ...a compreensão sobre tudo isso, torna a coisa bem diferente (Carlos, 32a).*

*(...) Uma vez fiquei nu na frente da minha avó... **tava tomado de profundo sentimento** de inocência, pureza, sem crueldade... associava com os anjos barrocos nus...Tava passando muita coisa. **É como ter morrido e nascido de novo** ... tava reconhecendo estas coisas na vida ... fazendo milhares de conexões... **era uma lógica em tudo**... sabe o dia que vim aqui (se refere a um dia na psicoterapia), olhei pro teu aquário e perguntei da motocicleta? Tinha lógica – eu tinha assistido um filme: “o selvagem da motocicleta” e ele não via os peixes coloridos... então ver os peixes no teu aquário me levava a perguntar pelo selvagem da motocicleta... fazendo conexões e conexões... tanta coisa que não dava conta ... **tudo era interligado e não terminava nunca**... uma ligação de tudo...tão grande que a mente não conseguia suportar... **e as pessoas achando que o que eu falava não tinha ligação de coisa com coisa.** Às vezes me sentia todo controlado ... vozes na cabeça com idéias fixa... idéias soltas na mente que faziam sentido com a outra ... música se repetindo. **A idéia fixa atraindo a idéia solta**... tudo se somando... somando não, sobrepondo ... **a mente sem conseguir dá conta de tantas conexões**... ao contrário tudo tinha tanto sentido que eu já não sabia o que podia ser verdade, sugestão, impressão, imaginação... nem questionava isso... só embarcava naquelas idéias. (...) mas tinha coisas que eu sentia e percebia que eu queria botar em palavras e não cabiam ... **era tão diferente que não tinha palavras diferentes**... aí eu criei umas...*

sabe quando eu falava dos “atravessadores”? **eu criei aquele significado...** Achava que tinha milhares de pessoas morrendo... é como eliminar os atravessadores... achei que tava começando uma morte coletiva... acho que era uma reação a realidade que tava morrendo... as várias partes minha morrendo diante de tudo aquilo(...). Às vezes me emocionava pela sensação da beleza de ver o nascer do sol... aquilo era grande... sublime mesmo... aí eu chorava e a mãe pensava que era depressão... era tão sublime que eu não conseguia passar pra ela... só chorava(...). Como tava isolado dentro de casa, achava que as pessoas falavam comigo pela tv; dava falha na emissora eu já achava que era um código, aí as coisas se encaixavam... **eu fazia o encaixe e a minha realidade se fazia como real... tudo tinha lógica... tudo tinha sentido (...)**... fui pra casa e chorei como se tivesse morrido... sentia muito a questão da morte... achava que tinha morrido pra realidade cotidiana e entrado em outro universo e nascendo uma outra realidade. **Também foi desesperador...** muitas vezes tinha sentimento de terror... muita mistura sabe? Tinha sentimento de profunda contemplação ... às vezes profundo medo, ansiedade, aflição ... expectativa... Tinha lapsos do futuro e aí quando acontecia ... tinha medo desse poder (Pedro, 21 a).

Na época eu **achava que era a salvadora do mundo**, que as pessoas precisavam de mim e eu tinha que ajudá-las. Associava que o mundo ia acabar... passava a noite acordada, porque se dormisse o mundo acabava logo ... **tinha uma lógica sabe?** Também tinha espíritos que diziam o que tinha de fazer e deixar de

*fazer... via morcegos... manchas negras... vomitava direto... **achava que era uma purificação.** Queria que meu pai ficasse de braço cruzado **para o mal não entrar nele**, que as minhas irmãs ficassem com as pernas cruzadas (Mônica, 27 a).*

Interessante perceber a relação entre o que foi vivido e as pessoas que vivenciaram; o senso de sentido dessas vivências e representações, em relação à forma de ser de cada uma delas e do que vivenciavam em sua mundaneidade antes de tal vivência.

### **c) Do significado apreendido:**

Mais uma vez, a vivência da realidade se apresenta no estado de consciência, dado o significado que cada colaborador pode apreender, o que variou como:

#### **- instrumento de autoconhecimento:**

*(...) Hoje a crise tem outro sentido: é mergulhar ... cada crise o sentido aumenta ... entender minha história, compreender minhas reações ... É um movimento contrário, que antes eu não tinha o que fazer e buscava resposta nos profissionais e me dava a frustração. A crise hoje ... **significa instrumento** ... me leva a um mergulho... claro que junto com a terapia **vou buscar as respostas dentro de mim. As minhas repostas** que fazem com que eu esteja falando hoje sobre a história da minha vida aqui (pausa, atitude de reflexão) (Fátima, 40 a).*

*Fui aprendendo a vencer o medo... Isso tudo **sei que algo vai me acrescentar**, não vejo mais como punição de Deus comigo, mudei a forma de encarar e vejo o que ela me faz conhecer sobre mim mesmo (Carlos, 32 a).*

**- início de uma nova consciência:**

*(...) a nossa limitação como ser humano. A nossa incapacidade de saber o que vai acontecer com a gente, de controlar ... eu que sempre a minha vida toda controlei... perdi o chão ... **tomei consciência que a humanidade é passageira e que o bem estar vem de um outro lado**, dessa força que a gente descobre que tem. A parte humana é um instrumento, mas não é a chegada, não é o fim, é o começo. A crise é isso. No primeiro momento ela representa o fim, o fim de tudo... **mas é o início de uma nova consciência... de um outro valor, do reconhecimento de algo além disso**. É o início de uma vida diferente e bem melhor... em grande parte, nem sempre nós temos escolha ao cair em uma crise, mas podemos fazer a escolha de iniciar por ela.... Acho que a crise já traz isso. No começo a gente não acredita; quando você vai dando pequenos passos, as portas vão se abrindo, aí uma outra crise já é diferente....Aí alguma coisa mudou, alguma coisa cresceu junto. (Fátima, 40 a).*

**- forma de adequação e de contato com as sensações e sentimentos:**

(...) acho que foi só uma experiência... tive que passar por aquilo para sentir como era outro nível de sensações... de sentimentos... **fazer contato**. O que passei não encaro como crise, não do jeito que, geralmente, se entende crise... Uma vez vi no Capra (se refere ao livro de um autor) que o ideograma de crise significa transformação. Foi ruim mas tava na plenitude, **tava adequando o meu mundo**... pensei que eu era a chave que tava faltando para girar e começar a explosão do mundo... me senti no centro... Sabe uma doença que vem e se manifesta numa ... numa coisa nova? uma coisa que traz um novo equilíbrio, foi assim que vi tudo aquilo... a ligação com tudo acontecendo dentro de mim... isso vai ficar em mim pro resto da vida (Pedro, 21a).

Wapnick (1991) refere uma nova perspectiva na compreensão e no tratamento da psicose, percebendo-a enquanto parte de um processo contínuo, construtivo, no qual o indivíduo tenta corrigir a inadequação de seu funcionamento. A este respeito, o autor cita: “a mente contém, de certo modo, tal sabedoria, que ela pode criar aquele ataque sobre si mesma, que levará a uma resolução posterior da patologia”.(p.21); também expõe: “quando o comportamento e as comunicações podem ser compreendidas no contexto da situação e da lógica pessoal do indivíduo, opostos à convenção social, eles se tornam significativos e compreensíveis” (p. 22).

Por outro lado, a compreensão de “crise” como uma nova ordem em busca de equilíbrio é uma concepção bem estabelecida por autores como Grof e Grof (1989, 1990, 2000) , assim como Capra (1982, 1983), que partem de

uma compreensão fundamental ao modelo holístico e integral. Sob o enfoque transpessoal, muitos estados tradicionalmente considerado bizarros e incompreensíveis são vistos como manifestações naturais da dinâmica profunda da *psique* humana e, sua emergência para a consciência, tradicionalmente vista como indícios de doença mental, como sendo, na verdade, o esforço radical do organismo para livrar-se dos efeitos de vários traumas, simplificar seu funcionamento e até mesmo curar-se.

Assim, como abordado no capítulo referente ao espectro psicótico da experiência, muitos dos aspectos vivenciados na experiência da crise, diagnosticados como psicose e tratados indiscriminadamente com medicação supressiva, são, na realidade, estágios difíceis de radical transformação da personalidade, como refere Grof (1990), “A ânsia pela transcendência e a necessidade de desenvolvimento interior são aspectos básicos e normais da natureza humana... além disso, muitos episódios difíceis de estados incomuns de consciência podem ser vistos como crises de transformação e de abertura espiritual”. (p.39).

**- forma de transformação:**

*(...) De tudo aquilo, foi uma grande transformação em minha vida... me fez reaproximar da minha família, do meu mundo... Na época foi ruim, mas quando passo tudo, hoje é só felicidade... De uma forma resumida foi isso ... uma **grande mudança** ... uma **grande transformação**. (Mônica, 27 a).*

**d) Das mudanças promovidas:**

*(...) **Passei a viver de forma diferente; hoje o meu estar bem, o meu estar feliz é diferente de antes. Antes estar bem era não ter dívidas, ter um marido ... as coisas que colocam na cabeça da gente que é ideal para a gente se realizar. Hoje estar bem é o encontro comigo mesma, me sentir acompanhada por mim. Isso é o meu tesouro. Estar bem, as outras coisas ficam menores. Eu hoje vivo melhor, aproveito mais, compreendo mais .... Tenho uma certeza que Deus não me abandonou nunca, nem vai me abandonar, que eu tou viva por um motivo forte. Sou grata porque tou viva. Tava pensando porque passei por tudo isso de forma consciente? Eu não sei. Tive que entrar num hospital psiquiátrico, conviver com os psicóticos, viver aquela realidade... ver tudo aquilo e sair de lá... tudo isso moveu muita coisa em mim (Fátima, 40 a).***

*Durante a viagem parecia que podia manter o controle... no final, vi que perdi o controle... isso até que foi agradável... Para mim, **me ajudou a entender uma realidade que era muito maior do que a que minha mente podia alcançar... o nível de realidade é infinito e isso tá fora do controle da gente... isso traz um entendimento que a gente pode se permitir errar e deixar ser...a gente não fica tão pretensioso... não precisa ser tão perfeito.Passei a ser mais sereno, a viver com mais respeito, a ver as coisas com mais entendimento... acho que tem um significado interessante \_ reassumi o controle da minha vida, mas não com tanta rigidez. Às vezes até com um pouco de loucura (risos), mas sem interferir no***

*limite do outro... também sempre fui muito de criar... mas na viagem tava acreditando, tudo era real ... sabe... **eu vi que um dia posso chegar a materializar o que penso...** só que isso toma um outro sentido hoje (Pedro, 21a).*

*(...) Outra coisa que tive que ter foi muita paciência... como a crise veio aos poucos ela ia embora aos poucos, você falava para mim que precisava ter paciência comigo... fui acreditando nisso. Mudei muito nesse aspecto, **eu era muito impaciente.** Veio o lado bom, sabe?...foi a reaproximação da minha família ... nossa, eu não sabia como era amada. O caminho de volta ... nossa... **hoje olho para a natureza e nem sei colocar em palavras o que sinto... aí cuido das minhas plantas e dou amor a elas... encontrei um outro espaço comigo mesmo. Voltei a fazer meus exercícios físicos, a ver o lado bom da vida e deixei de ser a dona da verdade ... isso me deu mais humildade** (Mônica, 27a).*

A fala desses colaboradores evidencia o fato de que em um contexto de apoio e suporte, com cuidados adequados, esses estados complexos da mente podem ser benéficos, conduzindo em geral a descobertas profundas e a permanentes mudanças da personalidade para melhor, pois “pessoas que passam por um processo de transformação freqüentemente desenvolvem tolerância para com os outros, maior capacidade de sinergia, consciência ecológica e respeito pela vida” (Grof & Grof, 1990, p. 10).

### 9.2.2 Do estigma:

Tema central que, em comum, foi expresso pelos sujeitos de uma forma emocionalmente muito intensa. A ênfase dada foi maior que a descrição de suas experiências e vivências de crise. Os elementos apresentados apontam para o que afirma Goffman (1986), ao apresentar estigma como marca pública, que pode ser notada pelos outros e que envolve uma “identidade deteriorada”. (p.1), referindo-se também “a situação do indivíduo que é desqualificado de uma plena aceitação social”. (p.1) e ainda “para falar de um atributo que tem efeito profundo de descrédito”. (p.3), como já apresentado em capítulo correspondente.

Agrupei os elementos encontrados da seguinte forma:

#### **a) Na Saúde Mental**

Envolve aspectos das políticas em Saúde Mental, do diagnóstico, da postura profissional, das perspectivas do tratamento e da evolução predita. Esse foi um elemento que surgiu claramente como denúncia de uma visão estigmatizada na experiência vivida pelos colaboradores, que citaram vivências quanto:

- **ao modelo de Saúde:** Fátima argumenta sobre seus sintomas clínicos, denunciando uma postura segregadora na experiência que encontrou. Isso não é diferente do que se encontra na origem das práticas institucionais em saúde mental, com suas distorções na “atenuação” de conflitos sociais, políticos, ideológicos e afins, a partir de um saber médico instituído, o que abordei no capítulo dos paradigmas em saúde mental.

*Qualquer profissional saberia que eu não tava em um surto psicótico. Não via, não ouvia nada, o que eu falava tinha sentido, nem dopada eu dizia besteira. Eu acho falta de ética e de honestidade me internar em um hospital psiquiátrico. É absurdo, é desonestidade demais ... é falta de ética, não ter certeza e me considerar como certo ser psicose ou loucura e já me internar...me isolar naquele hospital – isso era a Saúde Mental... **rotular a pessoa de louca e ter uma explicação para os que eles não tão conseguindo perceber, isso justifica pra eles e... você passa a ser o rótulo** (Fátima, 40 anos).*

- **a política da exclusão:** Mônica ressalta a experiência de não sentir-se incluída, legitimada no processo que vivenciava, em sua busca por assistência e no que, em sua percepção, já se constituía em sua apresentação, a partir da citação da palavra esquizofrenia. Tal visão é o reflexo do modelo separatista e fragmentador, ainda muito fortemente presente nas práticas de saúde, particularmente, em saúde Mental. Na fala de Mônica, parece-me presente uma postura de exclusão da mesma, em detrimento de atitudes

“objetivas” como o ato de focar na doença e na medicalização e na reprodução de uma prática um tanto quanto “esquizofrenizada” em Saúde Mental, o que também é evidenciado na fala de Fátima.

*A coisa mais negativa para mim foi quando me levaram ao hospital mental. Foi o momento de tá com as pessoas loucas, tomar injeção... essa parte ainda me pesa. Sei que foi a forma que eles (família) acharam para eu me acalmar...mas pesa. Pesa de ver as pessoas doente do lado e ser tratada como louca esquizofrênica. Os médicos que eu ia... Fui em 05 médicos, 02 do plano de saúde, 02 do mental e 01 outra. A primeira disse que eu tava esquizofrênica... ah! também fui numa lá no CAPS. Quando minha família começava a contar a história e falava nessa palavra (esquizofrenia), que a primeira médica tinha tido ... eles já passavam remédio, me davam injeção. (...) eles mesmos já reproduziam o preconceito, eles nem me ouviam, a palavra esquizofrênica já falava por mim ... eu tava ali, mas para eles não tava... na verdade eu tava fora, né? Fora de mim, mas eles reforçavam isso porque também me deixavam de fora. Eu nem falava mais (...) nem perguntavam prá mim... perguntavam para minha família e eu só ali ... fora de mim...e fora dali... mas eu nem contava prá eles. Eles nem queriam escutar. Foi quando resolvi tentar escrever o que tava sentindo já que eles não me escutavam... achava que se chegasse lá e desse para eles lerem iam saber o que eu sentia... talvez pudessem me ajudar... foi quando vim para cá e achei esse tratamento que me trouxe de volta ... lembra que escrevi e cheguei pra você no 1º dia? Eu lembro. Escrevi que não associava as coisas*

*direito, que minha mente era uma confusão só e que tinha me perdido de mim ... eu lembro...pedi ajuda a você pra eu me encontrar... eu dizia que **tava separada da minha alma** (breve emoção) (Mônica, 27 a).*

*A nossa essência está todo momento querendo se manifestar. Ela precisa da parte humana, fisiológica pra se manifestar...então eu acredito que tenha uma força chamando essas pessoas para voltarem, dentro delas mesmos, chamando para a realidade (...)*  
*Mas, como elas vão voltar, **se onde elas estão está sendo incentivadas a ficarem. O tratamento tá sendo em cima do estado que elas escolheram, do mundo que elas passaram a viver. É como se preparasse um quarto para uma criança ..você enche de brinquedo para aquela criança ficar ali e não tirar a concentração daqueles brinquedos, uma forma de prender a atenção daquela criança ... como é que ela vai sair de lá? ... Acho que eles consideravam que as pessoas não iam entender, não tem com o que se preocupar, eles consideravam que aquelas pessoas já estavam num mundo totalmente estranho, longe, distante e o que importa é fazer essas pessoas rirem, falarem...***  
*mesmo que elas continuem fora, alienadas da dor, o importante é elas tarem calmas e não serem ameaças e tarem adequadas ao sistema. Se algum deles mostrassem algum sinal de retorno não ia adiantar, porque eles não iam entender mesmo! **Uma experiência dessa é um convite para gente ficar totalmente desligada, para você assumir totalmente uma doença que você não entende...(choro) É mais fácil..aceitar.. e tirar proveito...Não tinha***

*esforço para trazer a gente de volta, incluir na realidade real não importava... parece que eles tentavam fabricar uma realidade pra gente e adequar a gente naquilo... O certo seria uma pessoa me acalmar, me ajudar a virar, e tentar voltar devagarinho...me ajudar a mudar o sentido, a direção e me ajudar a ver que cada vez que eu corria para longe de mim mesma, o sofrimento aumentava, o desligamento aumentava...e mais longe da realidade eu ia ficando (Fátima, 40 a).*

#### **- a postura quanto ao processo de reprodução e as perspectivas**

**nesse modelo:** Neste aspecto, lembro Crema (2002), na explanação de que “a visão que postulamos a respeito do ser humano, consciente ou inconscientemente, modela a nossa atitude frente ao mesmo”, sendo, a partir dessa visão que definimos o que é saúde e o que é patologia, o que é qualidade e o que é miséria humana, onde o inconsciente individual acaba por prevalecer, determinando a atitude básica da pessoa consigo mesma, com os outros e com o universo. (p.17-18). O que a fala de Fátima ressalta:

*(...) Parece que eles (se referindo aos profissionais) têm medo e paralizam na defesa que dá segurança para eles, a garantia que tão fazendo o diagnóstico certo, o remédio certo... isso é alienação (...) uma segurança que não vai trazer benefício, pelo menos de cura. Manter o ser humano doente, vivo, mas limitado... sem nenhuma perspectiva de crescimento, de mudança... **profissionais zumbis, criando pacientes zumbis.** E você ... com aquela marca o resto da vida: a doente mental (Fátima, 40 anos).*

- **os Profissionais:** onde a experiência descrita por Fátima expressa a extensão do modelo biomédico na intervenção de condições ligadas a uma etiologia orgânica, em detrimento às questões ditas psíquicas, histórica e ideologicamente relegadas à ordem da subjetividade e a um plano de desqualificação.

*(...) Revolta. ... revolta, indignação, raiva... castração... humilhação, muita humilhação, muita. Porque se eles chegassem a me colocar que eu era louca, mas me tratasse bem, **não fosse discriminada por conta disso**, acho que era mais fácil aceitar, era mais fácil até conviver com esse rótulo ... mas além de eu ter que aceitar isso, eu sentia muita discriminação em relação a essa doença... os próprios profissionais .... Chegava em uma emergência era tratada como drogada, na emergência ... “você tá perdida...você tá dopada, você veio ali pra se drogar... você não faz parte”. **Era separado**. Os paciente que **realmente... realmente** (mais ênfase) estavam doentes porque sentiam dor, tinha justificativa física, eram atendidos ... **quando os médicos percebiam que era problema emocional, a partir daquele momento você era descartada** ... (pausa) ...pit, invenção... autopiedade... manipulação, loucura (...) os próprios profissionais, a atitude deles, como se dissessem: “Não há cura, não há mudança, você vai ficar assim até morrer... tá condenada... deixa pra lá” (Fátima, 40 anos).*

**- a postura profissional em busca do diagnóstico:**

*A impressão que eu tinha é que ela (se referindo a uma profissional) via uma possibilidade, mas não tinha coragem de acreditar; ela preferia acreditar nos livros, na análise dela...no modelo que ela aprendeu... **cada palavra minha tinha uma explicação** ... eles não me escutavam. Uma das coisas que acontece pra isso é que os profissionais não sabem lidar com a impotência ... há uma necessidade no profissional de ter que fazer alguma coisa ... parece que ele não suportam... Talvez eles não tenham culpa por isso, mas eles são responsáveis por não quererem conhecer, por não reconhecerem a limitação humana, a impotência que todo mundo tem diante de muitos aspectos(...). **Eu não culpo por eles não saberem, eu culpo por eles não quererem escutar (com ênfase).** Era uma loucura você sentir que os profissionais fazem um movimento para lhe paralizar em um diagnóstico... assim, **a partir da verdade deles...** E quando eu não correspondia muito tempo aquele diagnóstico eles abriam os livros na minha frente, liam as características do diagnóstico, tentavam me convencer que eu era aquilo... **aquilo era o retrato da saúde mental** ... a tentativa de enquadrar uma pessoa num diagnóstico (Fátima, 40 a).*

**- o diagnóstico:**

*A minha agressividade era loucura ... agredia verbalmente, mas com sentido. Eu sabia que dizia coisas lógicas ... chegava a atingir, mas com palavras... tinha uma raiva normal... eles queriam me enquadrar... dizer que isso era loucura... Não sei porque, talvez porque eu era diferente, eu falava, eu reclamava... eu era uma ameaça para aquela estrutura. Quando eu dizia alguma coisa é porque tinha mania de perseguição, todo o meu comportamento já tinha uma justificativa doentia... uma biblioteca de diagnóstico para tudo que eu fizesse (Fátima, 40 a).*

*Ser taxado de distúrbio bipolar do humor ou psicótico maníaco depressivo e difícil... só em ser taxado de doente mental já faz sentir diferente... você já tá enquadrado... vai carregar essa marca com você... sabe um preso?... marcado na prisão ... uma prisão muito difícil de sair... não é como ter pressão alta ou diabetes... é doença mental, é o rótulo da discriminação (Carlos, 32a).*

## **b) Nos aspectos da vida relacional**

Elementos que apareceram em destaque na fala dos colaboradores e envolveram o trabalho e a família.

**- no trabalho:**

*No trabalho, você tá morta, tá marcada, não tem jeito...é marcada; **tirar licença com diagnóstico psiquiátrico você não é mais nada no trabalho.** Alguns te tratam como pobre coitada, alguns tem piedade, ou outros agem com isolamento. Não posso deixar de dizer que tem algumas pessoas que entendem, mas são raríssimas. A ignorância ajuda as pessoas a agirem dessa forma. Ela é a doente... acabam confirmando o que já tinha sido dito pelos profissionais. **É uma morte, morte do potencial, morte de tudo ... tudo - sem recuperação...**(Fátima, 40 a).*

*Na última crise perdi meu trabalho ... **era uma “doença vergonhosa” que ninguém podia saber,** tive que ficar escondido ... também sei que eles não iam me querer lá se me vissem daquele jeito (Carlos, 32 a).*

**- na família:**

*Outro aspecto é a família. **Na família a gente cai no isolamento total.** Na época da crise a gente é totalmente abandonado pela família. (...) parece **quando na família tem uma pessoa com uma marca, como um defeito,** uma criança com síndrome de Down, por exemplo. Para minha família, o defeito era a fraqueza. Até hoje, mesmo tendo mudado radicalmente, não tendo mais internações psiquiátricas, doença mental, 11 remédios por dia, ainda me consideram louca... não posso chorar, não posso adoecer, não posso ter uma crise simples, **sabe tristeza normal ... precisa logo***

*levar o rótulo de doença mental?.. não posso demonstrar o que sinto (...) Sei que levo nome de louca, por trás. A mudança não é enxergada pela família...santo de casa não obra milagre (Fátima, 40 a).*

*Me dá raiva quando minha mãe e meu pai ficam querendo me diagnosticar... começam a olhar prá mim procurando enxergar o que tá diferente em mim, procurando o anormal, o doentio, **qual é a marca que eles vão encontrar prá apontar... porque não posso ter raiva normal, chateação normal?** Porque pra eles tem que ser uma crise? (Carlos, 32 a).*

*O preconceito das pessoas foi difícil. Eu ouvia as histórias ... minha mãe, minha mãe contava o que eu tava fazendo por aí ... minha mãe sofreu muito por causa disso... mas a família, sabe? algumas pessoas da família **me viam e olhavam para mim como “o louco”**. Também vi as pessoas me acusando... me sentia incompreendido... não conseguia expressar porque achava que elas não iam me entender... e não iam mesmo... ainda falam de mim ... ainda olham pra mim assim... como: **“ele tá com doença contagiosa, não chega perto não”** ... é uma doidera ... se a gente tá se separando ... aí é que a gente fica separado mesmo... **as próprias pessoas mantém o mecanismo da separação e da loucura** ... que doido! (Pedro, 21a).*

### **c) No olhar o outro e a si**

Aspecto que se apresentou de forma interessante, pois, os colaboradores fizeram descrições de suas experiências no contato com os pacientes “mentais”, externando reações que me pareceram muito semelhantes às que encontravam nas pessoas e que lhes causava sofrimentos.

*(...) fui sem saber (se referindo a um passeio externo que realizou em seu primeiro dia de clínica psiquiátrica em Brasília). Não tinha idéia qual grupo era – não me falaram. A Assistente Social junto com a psicóloga sugeriram que eu participasse do grupo. Me arrumei toda, achei que podia até arranjar um namorado. Pensava que ia interagir com as pessoas. Imaginava que fosse um lazer. Tomei um choque. **Eu me cobrei que não poderia rejeitar aquelas pessoas, mas minha vontade era de sair dali, eu não era daquele jeito. Nunca tinha tido experiência de conviver, relacionar, era uma coisa totalmente nova para mim. Foi horrível, horrível, horrível!.. uma menina que não se comunicava, tinha gestos esquisitos, sorria, se fechava, comportamento totalmente estranho – um grupo que não era normal, pelo menos o que a gente chama de normal.... um homem que não queria que eu chegasse perto dele. Eu tinha pena deles e raiva porque eu tava ali. Eles eram diferentes e eu não sabia como olhar pra eles, quanto mais me imaginar no meio deles... eu já estava nessa época querendo me internar com medo de perder o controle.***

*(...)A gente chegava num restaurante (se referindo a passeios com os pacientes da clínica) ... nossa! **Era uma sensação horrível, todo mundo olhando que você tem doença, alguma coisa***

*contagiosa, alguma coisa que as pessoas olham pra gente com pena ou medo... eu também olhava pra eles assim. Elas se identificavam como Assistente Social, Psicóloga. Se elas se identificavam como Assistente Social e Psicóloga, então elas tavam transportando doentes (pausa...expressão de tristeza)...(choro) Penso que aconteceu um milagre de eu não ter ficado totalmente desligada o resto da vida, porque eles acentuaram a confusão na minha mente: o desespero, a solidão, o isolamento. **Quando saía com aquelas pessoas era como se eu criasse um mundo só meu. Tava sendo excluída do convívio normal, como se dissesse para mim que não ia ter condição de conviver com as pessoas, o que aumentou o meu desespero naquele momento (pausa)... (choro) (Fátima, 40 a).***

*(...) E eu no meio daqueles loucos, aquele pessoal estranho... **ser tratada como louca...** aí chegou um doido junto de mim, olhei prá ele (se referindo a um paciente no hospital) e, no meio da minha confusão, pensei: **como? Eu ser isso? ... fiquei encarando ele ... me deu uma raiva, não suportava olhar para aquele homem estranho, mas eu olhava com mistura de raiva e curiosidade. Deu vontade de intimar com ele: ei doido, ei doido. (Mônica, 27 a).***

### 9.2.3. Do Sofrimento Psíquico e da Psicopatologia:

Tema central que contém aspectos que revelaram expressões da experiência vivida no aspecto do sofrimento e a delimitação entre este e a expressão de uma psicopatologia.

### **Do sofrer e do sofredor**

Neste subtema, são apresentados percepções do sujeito acerca do sofrer, âmbito da expressão da dor humana, em zona limítrofe de *pathos* e o espaço singular de manifestação da subjetividade de cada sujeito.

*(...)Tou lembrando que quando uma pessoa saía da crise ela tinha um sofrimento terrível... então isso quer dizer que existem pessoas indo e voltando (expressão de descoberta). E aí é onde há o problema... Mais uma vez é não saber lidar com o sofrimento. Se um psicótico sai e volta e cai em depressão - é aí que mais precisa haver o tratamento. É uma grande diferença que eu aprendi aqui...encarar o sofrimento, sem querer tirar imediatamente a pessoa ... com algo que aparentemente tenha aliviado o sofrimento... é aí que precisa mais ajudar... pegar esse momento pra ajudar a sair. A questão é o olhar para o sofrimento, ficar ali e ajudar a pessoa a atravessar aquilo (...). e se aquele sofrimento for a porta entre enfrentar o sofrimento e surtar...alguns vão embora, alguns cansam de voltar, alguns cansam de não serem compreendidos, mas outros podem sair ou começar o processo de sair...é isso! (meu Deus!)... atravessar a porta...(Fátima, 40 a).*

*(...) é como se eles dissessem: é assim mesmo, isso faz parte do seu quadro, do seu diagnóstico...como se meu sofrimento pudesse ser igual a qualquer outra pessoa que tivesse o mesmo diagnóstico, como se fossem todos clones...e o diagnóstico pudesse determinar o tipo de forma que todo mundo tem que reproduzir e viver um sofrimento igual ... é aí que eles se perdem(...) não considera o sofrimento de cada um (...) e quando não se enquadra nos diagnóstico faz uma verdadeira viagem nos livros atrás e quando um diagnóstico não é suficiente junta com outro... não há espaço para a individualidade (Fátima, 40 a).*

*(...)Tive muito medo. Boa parte do meu sofrimento era medo. .Começou a ficar doloroso foi quando vi a reação das pessoas porque tava insuportável para elas...comecei a tirar onda... Quando vi o que tava acontecendo... chegou o momento em que perdi totalmente o controle.. perdi as rédias... era uma mistura... no fundo tinha muita dor ali... percebi que era um sofrimento que eu não tava dando conta (Pedro, 21 a).*

*Passei por vários hospitais mentais, injeções para me acalmar, remédio para dormir... foi 08 meses de crise, sem melhora... tomava remédio, ficava dopada... zumbi...e nem assim melhorava... me acalmava, mas a confusão na minha mente era direto.Não entendia nada... tinha um medo inexplicável ... aí ia pro quarto da minha mãe e dormia entre ela e meu pai, bem agarradinha... uma vez eu tava agressiva e fiz minha irmã dormi no chão – ela dormiu, mas não me deixou só... aí eu já sabia que eles tavam sofrendo... e ficava pensando a forma certa de me matar, às vezes queria ser internada*

*para eles não sofrerem...(choro) a família é o alicerce de tudo... também sofria ... tava fazendo eles sofrerem (Mônica, 27 a).*

*Tinha consciência de que estavam tentando me enlouquecer e que eu não era aquilo. A consciência, nesse caso, me trazia muito sofrimento porque ela fazia que eu fosse atrás de uma coisa que eu não sabia o que, eu reagia diferente das pessoas que se entregavam. Eu tinha duas coisas: consciência e sofrimento... e a consciência assistindo muitos momentos (...)eles não viam a minha consciência, não consideravam isso... não viam a minha consciência. Não me sentia entendida nem na consciência, nem no sofrimento. Quando eu quis me matar, pular do prédio, liguei para a profissional e fui para lá... ela não viu isso. Ela não viu: olha você não pulou, veja o que você conseguiu ... ela só viu a minha vontade de pular... não havia incentivo para o lado saudável, para reforçar o lado da consciência (Fátima, 40 a) .*

*Lutava para dizer que não estava louca... mas eles faziam, davam a entender que eu não era normal... chega o momento que dá uma certa vontade de você realmente chegar e dizer: tá, eu sou louca". Eu, na verdade, tava pedindo socorro, que alguém me entendesse e me ajudasse no meu sofrimento (...) também tinha uma raiva de tudo aquilo (...) Uma força, um impulso, uma explosão de raiva, achava que se botasse para fora eu perderia a noção do certo ou errado. Acho que faria coisas bem absurdas, me ferir, ferir alguém, matar. Era uma força sem controle, cheia de maldade (...). Comecei a ver as vantagens: Eu no meio dos loucos, desligados, não ia ter*

*perigo. Ia ser tratada como tal e se fizesse qualquer coisa, iam me impedir...ou até justificar. ...Me dava uma proteção e ficava protegida no meu sofrimento...eu jamais imaginei que essa entrevista fosse ser um desabafo da minha alma ... porque o que mais eu sofri foi na alma (Fátima, 40 a).*

*O maior medo que tenho são das perdas que vivia nessas crises... parava minha vida... perdia semestre da faculdade... na última sofri muito, perdi minha namorada, perdi meu emprego...(Carlos, 32 a).*

**b) Da despotencialização:** apresentando elementos que muito me lembraram o conceito de Moreira e Sloan (2002), acerca da incapacidade de viver significativamente. Tal aspecto foi evidenciado nas falas dos colaboradores

*Eu cheguei a dizer a um profissional que não gostava dele... ele me disse: você não gosta de mim quando está em crise... não há sentimento normal para uma pessoa que tá em crise, o que ela tá sentido é da crise... você perde toda a referência do que é normal ou anormal... era uma raiva normal, mas não pode, mas a partir do momento que eles determinam que você tem alguma coisa diferente você é enquadrado como louco e aí tudo seu vai ser justificado, pelo diagnóstico... e se você lutar contra isso, aí é que é mesmo considerado. Todas as minhas atitudes de reclamar, de falar não eram compreendidas, não eram aceitas. Eu incomodava e não entendia porque...O que eu sentia era anormal e era psicose. Eu*

*tinha que ser a doente; meu comportamento era de doida – perdi a noção do que era normal ou anormal; saudável ou doentio...fui me sentindo cada vez mais nada... uma perda total de referência...perda total de sentido naquilo que eu tava vivendo... eles não se preocupam com a gente de forma... (pausa) porque qualquer sinal de anormalidade e doença você é enquadrado e não faz diferença como você está se sentindo. É negado a sensibilidade, seu potencial, a sua capacidade de perceber... é ignorado qualquer comentário a respeito do que você tá passando...não importa...é como se dissesse: é doido, é problemático. Não é um tratamento individual, personalizado, particularizado.O rótulo é um só – doido! .... você, de fato, não existe ... a sua perspectiva é só de , no máximo, aprender a conviver com a doença (Fátima, 40 anos).*

*(...) Botaram numa experiência dessa, uma faixa na minha testa: a excluída, a diferente, a doente, a louca. Eu me senti no fim do poço – minha vida acabou por completo. Naquele momento o que eu podia fazer era pentear o cabelo de uma menina regredida que não sabia se pentear... me senti diminuída... (choro) nada... sem força... aquilo não fazia sentido... fiquei muito assustada.... no meio daquilo tudo fiquei sem ação... ausência completa de sentido, não tinha idéia, até hoje, o quanto isso me fez mal. Procurei encarar com naturalidade, mas para mim foi uma experiência triste. Eles não tinham noção do que era real, eles não tinham consciência de onde estavam, de quem eles eram, não tinham isso - mas, eu tinha consciência, eu tinha consciência que a gente tava sendo, tratado como bicho, como uma coisa estranha... (choro) (Fátima, 40 a).*

*(... )É como se minha vida fosse entregue, meu destino, meu futuro nas mãos deles, de uma certa maneira, eu autorizava porque eu não tinha controle sobre isso, entreguei minha vida para eles...As pessoas que entreguei minha vida quase me deixaram totalmente apagada, quase fizeram acreditar que não tinha outro caminho a não ser, surtar, a não ser confirmar (...) É uma negação total das emoções da gente é como se a gente fosse apenas bonecos que desligou da realidade e não tem nenhum sentimento... é uma perda total de si mesmo(pausa) (Fátima, 40 a).*

*Você busca ajuda, tentando encontrar umas respostas e aí passa a viver uma coisa cada vez mais sem sentido, vai perdendo a presença, fica sem força de reação ... pra que lutar contra uma coisa que vai ser o teu destino? Pra que lutar contra algo que nem depende de você, que é o remédio que vai dar conta...sinceramente, eu ia me sentia cada vez mais nada... ignorada ... apática. (Mônica, 27 a).*

#### 9.2.4. Dos Elementos para a Trans-forma-ção:

Ao introduzir este trabalho, colocava que tinha visto vivências de natureza psicóticas serem vetores para a emergência de uma nova ordem, uma trans-forma-ção, mas, indagava sobre quais fatores, de fato, seriam

determinantes ou essenciais para ir além do possível estigma que tal vivência reproduz? Com os sujeitos colaboradores, encontrei elementos que agrupei em três subtemas, os quais categorizei quanto aos seguintes aspectos, quanto aos:

**a) Elementos de apoio:** incluindo amigos, família, relações sociais, espiritualidade e medicamento. Foi surpresa para mim, a medicação ter sido citada nesse aspecto, talvez pela dificuldade de alguns sujeitos em sua aceitação, talvez pelo que estão descobrindo sobre si e seu potencial; esta última possibilidade, pareceu-me mais legítima no tom de suas falas e na ênfase que foi dada pelos mesmos, nos elementos que foram citados:

**- família:**

*Graças a Deus nunca fui internado. Só uma vez que tomei injeção no hospital mental. **Minha família sempre me acolhe...eles me apóiam muito e isso é muito importante para mim...como me dá mania de perseguição... minha mãe fica insegura ... não aceito os remédios... acho que é coisa dela... mas mesmo assim eles me acolhem... isso é muito importante, ó cara.** (Carlos, 32 a).*

*Bom que tenho uma família ótima que muito me apoiou... **eles eram a ligação com uma possibilidade de normalidade... isso me dava força, me dava apoio, embora na minha confusão... eu até queria agredir** (Mônica, 27 a).*

(...) a ajuda do meu tio e da minha mãe foram fundamentais. Quando eu via pessoas que, de verdade, pareciam estar se esforçando por mim, **parece que aquilo me trazia de volta da viagem... sei lá ... ficava tocado pela sensação de eles estarem dando importância, quererem ficar comigo... fui vendo aquilo e me sentindo num esforço de retribuir... acho que foi isso. Muitas vezes minha mãe não entendia, mas me ouvia. Meu tio me ouvia e me entendia. Ele sabia que eu não era louco ... era muito importante... muito importante mesmo uma pessoa que eu confiava confirmar que eu não era louco ... ele dizia que ia passar, que eu tava só vivendo uma desorganização. Ele me acompanhava nos trabalhos manuais, nos exercícios físicos, fazia massagem em mim, isso me ajudava a saber que eu tinha um corpo que eu não era só aquela invasão da mente ... acho também que fui sentindo o corpo ... que fui voltando... acho que ele me chamava de volta pelo corpo e acalmava minha mente para que eu não acreditasse que era só loucura... isso ia me dando um direcionamento (Pedro, 21 a).**

**- a interação com as pessoas:**

**Entre as pessoas que agiam comigo natural eu me sentia à vontade, podia falar livremente... falava livre ... eles me entendiam e eu não passava como louco... me dava mais segurança ... me sentir louco me dava medo...Tive apoio ... o pessoal passou a**

*entender mais ... minha resposta foi ficando diferente ... isso foi começar a trabalhar meus sentimentos... **Queria tá perto dos meus amigos porque eles podiam compreender minhas idéias no que eu tava sentindo de diferente** (Pedro, 21a).*

***Teve um tempo que ... cheguei ir num centro espírita e eles me tratavam como uma pessoa, me davam atenção... as pessoas não reforçavam o jeito que eu tava, pedia pra eu fazer coisas, ajudar na sopa e isso me ajudava muito ... é como se pudesse no meio daquela confusão me sentir com um pouco de normalidade... alguns vizinhos eram muito acolhedores, me davam carinho, mesmo eu doente me chamavam para a casa deles, isso me fazia bem, mesmo na minha confusão, sentia que podia contar com as pessoas... (Mônica, 27 a).***

**- a prática das tarefas diárias:**

*Minha mãe me dava umas obrigações... ajudava ela na cozinha, era bom... não ficava parada pensando num canto... **isso me ajudava muito. Assistia a missa, fazia umas caminhadas, ia pra calçada, sempre acompanhada por alguém. Quando comecei a cuidar das plantas foi muito especial, me apaixonei por elas e cuido delas com muito amor até hoje(...). Também ter começado a comer carne e me alimentar, cuidar do jardim.** (Mônica, 27 a).*

*(...)la com meu tio trabalhar com a madeira, botava força, serrava ... construía... ao mesmo tempo **coisas em mim iam se construindo**, sabe? Dava até pra viajar, uma viagem de construção, ou de reconstrução. (Pedro, 21 a).*

**- o uso da medicação:**

*(...) a **própria aceitação da medicação**... tenho uma psiquiatra que não tem a filosofia de dopar... com doses altas me sinto dopado, limitado, embotado... é horrível... ela sabe como eu penso e me dá apoio nisso, a filosofia dela de me deixar o mais natural possível me ajuda muito... **fico sendo mais eu. ... vejo os remédios como um paliativo**; tomava doses altas e tinha crises do mesmo jeito... não é contraditório que tomando doses bem baixinhas, já faz quase três anos sem crise? Mas não questiono mais isso, fiz esse acordo comigo... tou provando que eles (os remédios) não são a solução ... **descobrimo que a solução tá em mim ... nas coisas que vou descobrimo e melhorando como pessoa, melhorando minha conduta ... um monte de coisa que tenho descoberto na terapia.** Descobri uma coisa importantíssima: a raiva tem sido um gatilho que acelera meus pensamentos... tenho que aprender a lidar... é como se fosse descobrimo os detalhes que me tomavam e me faziam entrar nas crises sem ter a menor consciência... esse é o meu remédio. Na raiva vem os personagens fortes, um exército de cavaleiros do apocalipse... o apocalipse é forte ... pode destruir*

*tudo... acho que tenho essa fantasia da minha raiva. **A falta de conhecimento sobre isso, fazia que as coisas fossem maiores do que são ... eu me deixava tomar pelas imagens... me confundia com elas... achava que era elas... hoje não é só assim...** (Carlos, 32a).*

***Quando a medicação foi mudada** isso me ajudou porque me fez deixar de ser zumbi de tão dopada que eu tava... a gente fica, quer dizer, nem sei se fica, mas fica em forma de zumbi... andando de um lado pro outro. Sinceramente, tenho certeza que não foi ela que me tirou da crise porque eu já vinha tomando remédios pesados há uns seis meses. (Mônica, 27 a).*

#### **- espiritualidade e religiosidade:**

*As crises me levaram a buscar caminhos, recursos que me ajudaram a crescer bastante. Com quatro anos de crise conheci o espiritismo e tou até hoje há seis anos... já foram 6 ou 8 crises... Hoje com tudo que aconteceu me conforta saber que não sou só mental, psicótico maniaco, não só um doidinho da cabeça... **é uma barganha pra mim...** o conhecimento espírita me mostrou que posso ter distúrbio bipolar do humor, mas também tenho vidência, escuto vozes, tenho intuição. Também o conhecimento e a vivência dos processos mediúnicos tem me ajudado. Também encaro não só como crises, mas como figuras espirituais comigo. Sei que é possível se ter problemas psíquicos e espirituais também, isso me*

*apóia e me conforta... Quando conheci a espiritualidade isso me trouxe um conforto maior. Acredito que estar encarando com mais naturalidade... **tenho também mais consciência das coisas transcendentais, a maturidade que fui adquirindo...** atribuo o conhecimento dessas coisas, ao meu entendimento, as coisas que tou descobrindo e a espiritualidade conta também aí .(Carlos, 32 a).*

*(...) **as coisas da espiritualidade ajudam a religar ... é a sacralidade na experiência... acho que isso é a própria espiritualidade, fazer conexões dentro... traz ... como uma forma de transformar as coisas da crise** (pedro, 21 a).*

#### **Elementos determinantes:**

**- a forma de se sentirem escutadas, vistas e acolhidas pelos profissionais:**

*Uma das coisas mais positivas que me ajudaram, era **a forma de algumas pessoas, a minoria me tratar...** encontrei a homeopata, encontrei a terapeuta. Havia **uma coisa diferente nessas pessoas que me atraía** (agora me arrepiei). Eu não sabia o que era, **era uma consciência, era um diálogo que a gente não escutava nada... era um diálogo entre almas...** (vou viajar aqui)... mas era um tipo de atração... podia dizer de um magnetismo, um campo magnético.*

*É como se eu visse que no mundo tem alguns zumbis e outras pessoas que mostram, que passam luz... apontam para alguma coisa. Isso foi positivo porque não havia mais nada que eu pudesse acreditar, mas o amor como algumas pessoas me acolheram sem discriminação, sem interesse (...) (nossa agora a sensação chegou) ... **isso era tão forte, tão sincero, tão verdadeiro (respira, pausa, emoção) que eu não desconfiava. Eu realmente (ênfase) me sentia acolhida. Me sentia viva, viva... eu sentia que essas pessoas acreditavam em mim (choro); o que eu não conseguia acreditar na vida eu conseguia acreditar com essas pessoas (...). Essas pessoas acreditavam em algo mais; o que era comum entre elas era não me restringir a um diagnóstico; elas não olhavam para mim na expectativa de achar ou provar um diagnóstico, nem um remédio. Elas olhavam para minha alma, isso aumentava minha força, aumentava a centelha divina que tava apagando. Embora aparentemente a imagem do transtorno fosse maior, mas a parte humana se rendia a esse sentimento (choro). É um desabrochar da essência ao lado da crise... é uma necessidade da alma de socorrer a nossa humanidade (emoção) ... isso é forte. (Fátima, 40 a).***

#### **- o olhar da abordagem terapêutica:**

*A questão é que os próprios médicos que passam medicação não acreditam – é um esforço de controle, de ter um diagnóstico, uma medicação, tornar o comportamento o mais parecido com o normal*

possível! Não há investimento, **um olhar de superação, de olhar para aquela pessoa e saber que ela carrega dentro de si uma força, que é superior. Eu tenho certeza que é superior.** Sei que é verdade porque senti isso e vi na minha vida... **encontrei esse olhar nas coisas da transpessoal...** já tinha passado por várias abordagens, também encontrei uns profissionais humanos, mas que não tinham um olhar com tantos elementos que a transpessoal trás... Também sei que não é só a transpessoal, que tem a ver com a pessoa do profissional ... **acho que é um conjunto...** Por que aquele profissional pode entender na teoria e não passar isso, na prática... também pode ser uma boa pessoa, mas não ter conhecimento pra compreender as coisas de uma forma maior e isso não ajudar muito...(Fátima, 40 a).

Em dez anos de tratamento, já passei por várias abordagens, vejo a diferença. A transpessoal foi que mais me ajudou (...) **é mais abrangente**, posso falar do que sou em muitos aspectos (...) Encontrei na transpessoal um apoio muito forte (...) me ajudou a compreender muitas coisas do que vivenciava. (Carlos, 34 a).

**A Ajuda da terapia foi fundamental....**meu tio me falou dessa terapia... fiquei desconfiado ... achei que quando chegasse ao consultório iam me rotular como louco. Aí foi que me enganei... encontrei uma compreensão maior... via que você me olhava, **falava comigo e não me rotulava (...)**. cheguei aqui e comecei a falar... um dominó de peças uma atrás da outra... **prá mim não importava se você entendia os pensamentos, importava que você me**

*entendia e eu podia me manifestar. Aqui vi outra parte... outra possibilidade... a postura transpessoal de encarar uma pessoa... que olha as coisas com naturalidade ...e sintetiza mais as coisas... fui vendo alternativas... fui conhecendo que tinha... que podia (Pedro, 21 a).*

***A terapia foi muito importante, foi um momento em que uma pessoa profissional começou a me escutar e a me tratar não como maluca e aos poucos foi me ajudando a entender o que tava acontecendo comigo (pausa). Os outros não me diziam nada e eu também não entendia nada... só o que diziam era que eu tava esquizofrênica ... o que aumentava meu medo ... ficava mais angustiada. .. fui recebendo orientação ... aquilo foi me dando foco de novo... minha mente se agarrou aquilo ... a orientação era o norte e eu ia seguindo... fui chegando de novo ... recuperando uma capacidade dentro de mim... seguindo e me sentindo voltando (...). Ter esse conhecimento fez a diferença ... era alguma coisa para minha mente se agarrar, no meio daquele desespero... isso inclui a pessoa... aí as pessoas que lidavam comigo também ficaram mais seguras, também recebiam orientação ... acho que aí me orientei de novo ... acabei voltando e tou aqui falado disso hoje... pra pessoa que passa faz a diferença ... ela descobre que existe .. que tem como sair daquele campo minado que ela não sabe onde por a mão e a bomba explode. Como não sabe não tem opção: é chorar, dormir e brigar... Eu chegava a dizer: por favor me escutem... eu não sei o que tá acontecendo comigo... dentro de mim ... é uma coisa que (pausa, choro) ... que ... que era***

*desesperadora (choro). Eu não queria fazer as pessoas sofrer, queria sair daquele momento mas **não me sentia ouvida e nem conseguia falar, então não tinha resposta, só a confusão da minha mente...** aí nessa época... aí eu só queria dormir. O que mais me desesperava é que ninguém conseguia me explicar o que tava acontecendo. **Acho que a explicação pra gente ir entendendo dá um foco ...** pra eu sair disso, o que eu preciso fazer... mas a força de querer ficar boa para acabar tudo aquilo. (Mônica, 27 a).*

**- do entendimento e da vontade de transformação:**

*Se eu fosse só mente, só psicológico, eu não teria voltado. Mas algo me deixava um pouco lá, um pouco aqui. Era um desejo mais forte do que eu. **Tinha uma vontade de sair, de me livrar do sofrimento. Tinha uma necessidade vital em entender, precisava de respostas.** Assim como tavam me oferecendo a loucura numa bandeja.. será que aquelas pessoas não aceitaram isso! Será que elas não tiveram um momento que estavam como eu, um pouco consciente, um pouco desligada e de repente elas acreditaram que realmente era aquilo e viajaram...e desligaram da realidade...? Se tem um caminho de ida, tem um de volta...eu, no fundo, era movida pela vontade de voltar... isso era determinante pra mim. Entender faz grande diferença...porque **coloca de volta nas mãos da gente, a vida da gente. É como se à medida que a gente vai entendendo a gente fosse pedindo de volta a vida...***

*entender é preservar o que ainda é consciente na gente... é descobrir os sentidos das coisas. (...) Se existe uma dúvida, se existe um questionamento é porque existe uma consciência que deve ser preservada. Existe uma possibilidade de cura, de saúde, de mudança, de mudança de comportamento, de mudança de diagnóstico. Diria que todos, mesmo aqueles que não tinha, esse questionamento, não deveriam ser tratados como se já não tivesse mais jeito, porque como assim em mim ficou preservada uma parte da consciência de forma que isso foi tão forte que eu não enlouqueci, eles também tem algo, eles tem essência, eles tem força...E aquela força pode querer, pode até ta querendo se manifestar... (Fátima, 40 a).*

*(...) Aí comecei a ler sobre essas grandes personalidades que eu achava que eu era... encontrando **formas de eu conhecer, de eu desmistificar... minha mente gostou disso..** consegui desmistificar o mito ...Quando assumi essas personalidades não era porque queria, nem porque estudava e era conhecedor. Assumi porque foi à idéia que veio na minha mente ... era o mito do desconhecido...**Aí encontrei uma chave ... o conhecimento... o fato de aprender, de ter entendimento consciente...** faz eu conhecer quem sou e perceber quem eu não posso ser... desmistificando o mito das grandes personas. Preciso ainda desmistificar melhor os alienígenas... vou conhecer mais sobre eles... acredito que vai me dar mais segurança... **desmistificar esse ser de outro planeta e o que é isso na minha vida (...)** ver o que isso representa. Na última crise, eu falava línguas... línguas de um povo aquático... de*

*um outro mundo... a questão dos cavaleiros do apocalipse. Via uma pirâmide enorme e várias bolas de luzes, descendo da pirâmide... o simbolismo dos anjos e eu tinha algum papel... várias vezes me sinto tendo uns papéis... muitos deles tem raiva e ódio (...) coisas que quero ir entrando e conhecendo. Quando essas vozes vêm, colocam na minha cabeça que vou morrer. Me dá muito medo, já deu muito mais... isso é um padrão ... **é como se viver essas vivências ... como se a morte fosse chegar... sei lá... já pensei numa linguagem poética talvez as mortes em mim...** o fato é que não morri até hoje. Em 95 ia morrer, em 98 ia morrer com um tumor na cabeça... eu nem morri, hoje isso tá normal, não tenho mais medo de tumor ... não só entendo, compreendo isso hoje... **como me sinto muito mais seguro** (Carlos, 32 a).*

#### **- Da transformação**

*(...) Talvez isso me dê uma propriedade... não sei exatamente o que é. Tenho certeza que se não tivesse feito o movimento, não tivesse buscado ajuda, me conhecido, conhecido a terapia transpessoal, jamais taria aqui...o conjunto de tudo isso promoveu uma grande mudança em mim ... eu não ia chegar nunca a dizer que sou uma pessoa que acredita no amor, na felicidade... sei que existe... **os valores mudaram e eu mudei, mudei muito...** podia tá no mental cada vez mais alienada e separada de mim. (Fátima, 40 a).*

(...) Hoje essa experiência tem um significado de renascimento, **outra vida, outra pessoa, outra forma de ser, outro modo de agir...** hoje posso dizer que estou no mundo, essa experiência me aterrizou (...) uma plantinha quase morrendo, botaram água e renasci...(emocionada)...A água foi o amor da minha família, meu tratamento... me sentir escutada (breve silêncio), minha pessoa se sentia renascendo, como recebendo água, seiva como uma plantinha... minha força de vontade brotando e se fortalecendo... tudo se transformando dentro de mim. (Mônica, 27 a).

### c) Da Repotencialização:

A seqüência de erros profissionais, de erros de interpretação, do meu quadro, das minhas experiências aumentavam as minhas feridas, me enterravam cada vez mais. O que poderia ser uma ajuda, passava a sufocar. Mas isso tem um ponto positivo hoje. **Posso olhar hoje e ver a força de vida que tinha em mim ... que hoje tem mais, é mais forte que tudo...**Porque seria impossível para a saúde mental (...) seria impossível acreditar como estou hoje. Então eu **percebo como é forte a força de vida dentro de mim...** por ter estado tão ferida, ter tido tantas decepções com pancadas violentas que vivi, mesmo assim ter conseguido, **mostra que a força vital que há em mim e que tem em qualquer pessoa é mais forte que tudo... remédio, diagnóstico, tudo.** (choro). **Mas forte que tudo.** (Fátima, 40 a).

*A medicina era taxativa, gosta de rotular de qualquer jeito – eu não aceitava isso... eles diziam aceite isso... você vai ter que tomar o remédio o resto da vida. Me davam drogas pesadas e tinha crise do mesmo jeito...me sentia sem nenhum poder; num acordo com minha Psiquiatra em me passar doses baixas, gostei mais da idéia ... o que importa é que tou perdendo o medo e isso tá me deixando mais forte ... **é um tipo diferente de poder**, como eu fui conhecendo o que acontecia comigo, fui me sentindo mais forte diante daquilo, eu não era um doidinho que a crise pode me tomar qualquer hora. Da última crise par cá (há quase três anos) os processos vieram e consegui sustentar... tive as sensações, as percepções e já compreendo isso bem diferente... esse poder não é de nenhuma energia fora (entre aspas) de mim (Carlos, 32 a).*

*(...)fui ficando mais consciente de que o caminho que eu tava percorrendo tava errado...ou corria na direção errada, que o caminho que eu tinha que fazer era outro. (choro)... Um caminho de encontro comigo mesma...caminho que não sabia (choro), não achava como tudo o que eu queria tava dentro de mim, só que corria pra mais longe (pausa). Depois de tanto entrar e sair de crise, **comecei a ter um pouco mais de paciência, de entender minhas crises como forma de me entender mais...** hoje já não preciso mais delas pra isso, se elas vêm já não tem a mesma força (Fátima, 40 a).*

*Quando fui retornando, ficando dentro de mim de novo, **fui recobrando o controle...** fui voltando a andar sozinha... antes andava feito um zumbi... não tava em mim... minha mãe dizia: pisca os olhos, para de olhar no vazio... e eu... tão fora de mim... é estranho... um mundo de coisa acontecendo, a gente sem poder olhar ... aí olha para o vazio... é a expressão do nada, do nada que a gente não tá conseguindo perceber... **aí a gente vai voltando e, descobrindo um poder de volta ... poder que afirma dentro da gente que é possível.. as coisas tomam um outro sentido...**(Mônica, 27 a).*

#### 9.2.5 Da mensagem final

*(...) Eu desejaria no fundo da minha alma que fosse mudada a postura dos profissionais de uma forma geral ... mas mesmo os da área de saúde que a gente espera que a pessoa conheça mais sua consciência... que vão mais de encontro consigo (...) iam entender, eles iam poder entender (emoção). Se eles tem medo de tratar de pacientes e não sabem o que fazer (...) se conhecessem...não iam só se resguardar no remédio e no diagnóstico ... iam poder chegar perto ... eles iam saber apontar o caminho. (Fátima, 40a).*

*(...) Gostaria que todo mundo soubesse que é possível... pessoas que tenham o problema que tive e continuam zumbi e ainda não conseguiram voltar... não sei se todas querem (breve reflexão)...*

*mas o sofrimento, a angústia é tão grande, que se elas soubessem que isso pode mudar e ser transformado com certeza elas voltariam ... é que a maioria não sabe. A única coisa que sabem é que são esquizofrênicas e precisam tomar remédio para ficarem calmas e se tornarem zumbis ( breve emoção). (...) Hoje não tenho a menor vergonha de falar o que aconteceu comigo... conto minha estória porque falo que existe uma outra forma... não é só ficar calma e dopada. (...) as pessoas do hospício, às vezes penso nelas... nessa hora tenho pena... elas não tiveram uma família com paciência... um profissional que olhasse pra elas e escutasse o que elas tem a dizer ou que dissesse alguma coisa que não fosse só que se é esquizofrênico...Se elas soubessem que tem um caminho de volta (...) é que muitas não sabem... hoje levo isso como uma grande vitória que tive, não tenho vergonha de falar do que me aconteceu ... faço questão de falar tudo... quero que as pessoas saibam que é possível (Mônica, 27 a).*

*(...) Queria muito dizer aqui do quanto me sinto crescendo, como tudo que tou descobrindo tá me fortalecendo, me ajudando a superar o fantasma da crise... já são quase três anos sem (...) minha maturidade na terapia, o que eu tou crescendo (...) as pessoas precisavam saber disso, eu agradeço mesmo ter podido falar aqui (fico até emocionado)...(pausa, com breve emoção)... só isso (Carlos, 32a).*

*(...) Fiz questão de vim (se referindo a contratempos que lhe surgiram), no que eu poder contribuir, quero contribuir... quantas*

*peças tão aí perdidas no mundo da loucura ... eu podia ser uma delas. Muitas não tiveram chance de saber nem que podiam voltar (...) tou pensando em escrever um livro, sabe? Às vezes tenho vontade de contribuir mais. (...) sei lá, muita gente não sabe disso, queria que você colocasse no seu trabalho como uma mensagem...que é possível (Pedro, 21a).*

### **9.3. Alguns Registros de Dados**

Na composição dos instrumentos utilizados, também inclui alguns registros de dados. Registros estes, autorizados pelos sujeitos (que atualmente não são mais acompanhados por mim em psicoterapia) em etapa prévia já descrita no capítulo da metodologia.

É interessante perceber aspectos que evidenciavam suas vivências e experiências – o que fiz com grifos meus - enquanto atravessavam suas “crises”, destaquei alguns, os quais cito aqui:

#### **- Marcelo, 39 a, comerciante**

*tive vontade de anotar perguntas e coisas que quero trabalhar:*

***Como posso ser mais forte que o inconsciente? (Sinto que isso vai me tirar de vez do fantasma da crise).***

*Quero compreender mais sobre o apocalipse.*

*Se o diabo é quem tentou cristo, quem ou o que eu tou colocando no lugar do diabo? **Fiquei pensando se tem a ver com aquelas fantasias que te contei, não sei ainda, mas como se trair a minha mulher fosse a tentação (ver urgente). Também lembrei que fiquei dizendo que ela me traia com todo mundo – tou achando que isso também tem a ver. Anotei logo porque pensei isso no banho e não quis perder pra gente trabalhar o quanto antes.***

Este foi um bilhete que Marcelo anotou e entregou-me na terapia. Na época vivia um momento de descobertas e acesso a vários *insights*. É interessante perceber a busca pela força em querer ir além dos seus processos inconscientes, com vistas à superação do que denomina “o fantasma da crise”. A apropriação acerca dos seus delírios de traição toma um outro sentido quando Marcelo vai se permitindo adentrar nas suas fantasias.

#### **- Maurício, 29 a, universitário**

Maurício, nesta ocasião, estava vivenciando conteúdos de natureza persecutória. Após chegar ao consultório, pediu-me papel e caneta, através de gestos, e pôs-se a escrever em um diálogo, onde também interagi com ele (“T”), por meio da escrita.

*M: Precisamos pensar em algo prático para eu fazer durante a licença, **precisamos trabalhar em questões que teremos que enfrentar.***

*T: QUE TIPO DE QUESTÕES?*

*M: Quem abrir a porta a gente entra, é uma estratégia. Eles não sabem o que querem, mas **nós sabemos...** não vamos deixar invadir a porta, **me ajude para que a gente possa abrir a porta antes.***

*D: COMO POSSO TE AJUDAR NISSO?*

*M: Eu não sei. Mas **meu mestre** me apareceu e me **disse que você sabia o caminho da porta de saída.***

*D: DA PORTA DE SAÍDA?*

*M: É. Ele disse que ia **entregar um símbolo** pra você, faz parte do plano a gente fazer isso na surdina – não posso falar porque agora, só temos que encontrar a saída.*

*D: E QUAL É O SÍMBOLO?*

*M: Ele vai entregar no teu sonho.*

Apesar dos conteúdos persecutórios implícitos, Maurício traz um elemento de *self* ao incluir “o mestre” e a autorização do seu mestre para que eu o ajudasse a encontrar o “caminho da porta de saída”. Durante muito tempo, essa foi uma metáfora que passamos a usar na terapia e que Maurício lembrou-se no re-encontro comigo, por ocasião em que veio receber esclarecimentos na conversa acerca da pesquisa. O símbolo veio em um sonho de Maurício, era uma espada que permitiu vários trabalhos vivenciais com conteúdos dos elementos de resgate de poder e do masculino em Maurício, dentro de seu processo terapêutico.

**- Graça, 31 a, professora**

Graça acabara de experienciar vivências de natureza “delirantes” e estava em processo de contato com tal natureza de experiência. Ao ler este poema se emocionou muito, na ocasião, permitindo a emergência de muitos significados e compreensões.

*Solta de mim caminho,*

***Exposta a tudo me ponho***

*Do desvario ao delírio surdo na noite – sussurro.*

***Entre o real e a fantasia de existir,***

*Atravessa-me o peito os conteúdos que extravasam da alma*

*E, lentamente, agonizo a minha dor.*

*Na profunda escuridão, **sórdidos personagens emergem das cavernas de mim,***

*submundos temidos trazem o caos do pânico e da confusão –  
escuro... tudo escuro.*

**- Flávia, 33 a, universitária**

Flávia, na época, era diagnosticada como esquizofrênica pela psiquiatra que a acompanhava. Embora Flávia não tivesse nenhuma vertente religiosa mais estabelecida, Joana Darck se constituiu num rico personagem no processo da mesma, onde Flávia decidiu-se por buscar a história, a representação, acessando, inclusive, ricos conteúdos arquetípicos dessa

personagem e a relação com suas questões, na proposta de apreensão dos significados que lhe eram próprios, na reconstituição das unidades de sentido da experiência.

*Ontem deparei-me com várias imagens,*

*As vi tão perto de mim, as vi em mim,*

***Espelho refletido do meu ser***

***Confusão de reflexos interpostos nas cenas.***

*Personagens vários já se alternam, num jogo de cenas*  
***impossível de cortar***

*Andava e já não sabia que passos eu dava.*

*Joana Darck? é você?*

*Sou eu?!*

*Quem é essa mulher? O que ela faz em mim?*

*O que você quer de mim, Joana?*

***Não, eu não quero ser você, por favor me diga o que faz aqui, o que faz em mim.***

*Entre no templo das mulheres guerreiras e minha espada inflamou-se*

*Na luta de ser venci dragões e seres alados, fadinhas e nuvens de filó...*

*Toquei você e aí você desapareceu no vento.*

***Minha luta então é por ti tocar?***

*(Flávia, 33 a , universitária).*

**- Eliane, 31 a, enfermeira pediátrica**

Eliane apresentava “delírios” de ciúme, chegando a ser agressiva com seus companheiros. No início esse era um tema que Eliane reagia, trazendo conteúdos psiquiatricamente, enquadráveis, como paranóides com mania de perseguição e sentimentos de traição. Essa era a sua dor, como depois colocava. Passamos todo um tempo (quase dois anos) para começarmos a tocar mais profundamente nessa questão. Em um momento mais avançado da terapia Eliane escreveu:

***Me traio** cada vez que me nego, que abduco de mim e que repito a velha concessão de olhar e compreender o outro; quando **nessa hora me confundo** e já não sei mais o que compreendo de mim mesma; **me traio em manipular atenção e repetir o abandono e a dor da minha criança ferida; me traio em me permitir ser invadida e maltratada, deixando minha criança no canto com muita dor e revolta... agora sei que recrio a traição original.***

*Mas percebo que todo esse movimento é acionado pela culpa, já que me imponho tais condenações. Traio movida pela raiva e inconformação, tendo a mim como alvo de ataque; os seios que acionam e reconhecem o movimento de traição são os mesmos que desejavam trair minha mãe, fantasiando nas mãos do meu pai ao me tocarem e ao me fazerem mulher... esse é o estímulo no qual me traio e me condeno e aumento a dor psicológica que envolve ser valorada pelas pernas, bunda e pelo cartão de crédito.*

*Me traio quando cuido desesperadamente de **bebês adultos**, esquecendo da minha própria criança. Me absolvo, então, quando posso olhar para mim; quando trago de volta o respeito e a dignidade que tanto cobro dos outros..*

*Esse é o grande resgate: direcionar minha energia amorosa para os bebês que, realmente, necessitam de cuidado e cumprir a minha função na terra.*

*(Eliane, 31 a, enfermeira pediátrica).*

#### **- Rosa, 29 a, engenheira**

Rosa tinha realizado uma maratona meditativa e durante o processo apresentou vivências onde se dizia “totalmente fora do controle”, “louca”. Em sua vida prática era calma, praticante de ioga e adepta do naturalismo. Seus familiares, de formação religiosa, colocavam que Rosa estava “posessa” por uma entidade espiritual, o que naquele momento contribuiu para que entrasse em vivência de muito medo e fragilidade. Rosa não foi medicada (embora tenha recebido prescrição por outro colega e diagnóstico de “esquizofrenia”).

Trabalhamos com a constituição do que chamo elementos de suporte (os quais descrevi no capítulo 3) em um processo em que Rosa foi se reestruturando e se sentindo mais forte e segura. “A louca” foi uma imagem que Rosa trabalhou durante um bom tempo e que foi bem importante para ajudá-la a romper com comportamentos rígidos e autocobranças que se impunha de forma extensiva. Rosa ousou deixar sua profissão, na qual não se sentia realizada e assumir seu potencial artístico – o que depois brincava como tendo sido “uma loucura”.

*A sensação dela em mim me dava certeza e segurança, como se tivesse agora um “segredo que desfaz as miragens” e eu pudesse ver o mundo e pisar de uma forma forte e diferente (...).É algo que eu tenho controle. O controle de uma forma diferente. Achei aquela fala sobre o medo do descontrole tão distante e “impossível”, naquele momento. Percebi que aquela mulher que assumo nessas horas é uma parte minha, que vem com muita força, a louca, não alguma coisa que me toma de fora, como a madrinha diz... quero fazer uma terapia pra conversar com ela, quero ser eu e ela ao mesmo tempo e em tempos diferentes aí com você... quero que você me ajude nisso, é uma forma de eu ficar cada vez mais liberta e de entender o sentido dessa parte na minha vida... já estou em mim o suficiente prá lhe propor isso. Confio em você pra me ajudar (Rosa, 29 a, engenheira).*

**- Eva, 25a, técnica em informática**

Eva se referia as percepções que tinha de si, desde a adolescência e, nessa época, trabalhávamos a respeito disso. Tais percepções a levaram a vários diagnósticos e uso de medicações. No decorrer do processo Eva foi percebendo o que aquela imagem lhe trouxera e como, inconscientemente, esta tinha ocupado um papel na forma como se construía no mundo, diante de suas dificuldades. Na época Eva trazia a tona o sofrimento envolvido em deparar-se com essa desconstrução.

*A sensação que tive ontem depois da terapia foi de presença de morte, como se eu tivesse feito uma opção em não mais lutar. Senti muita raiva de você e muita vontade de dizer que não posso mais continuar a terapia, **pois é muito dolorosa pra mim**. Ao mesmo tempo, não sei bem o que me impulsiona a prosseguir; **uma parte de mim acredita**, uma parte de mim acha que pode ir em frente – acho que é essa parte. **Acho que você também acredita em mim e isso me impulsiona...** desde os 13 anos quando tudo começou, é difícil perceber o papel de tudo aquilo na minha vida, sabe porque? porque me estruturei nisso, todo aquele desligamento parecia bom pra mim, mas **eu não sabia do sofrimento que tava por trás**. Desde que comecei a fazer essa terapia tenho descoberto coisas muito difíceis. Às vezes me condeno, às vezes me compreendo e aceito o mundo que aquela criança criou no meio de toda aquela dor... tenho dúvidas se vou poder continuar. (Eva, 25 a, técnica em informática).*

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas vezes, no decorrer desse trabalho, citei a alquimia do encontro em relação ao processo de transformação implícito em estar com o outro. Reporto-me agora, nessa etapa, à alquimia do encontro no que “pude encontrar” a partir do processo que atravessei nessa senda pessoal.

Prestes a concluir essa etapa, dou-me conta do percurso que foi pensar hipóteses, construir objetivos, perceber os vários caminhos e, dentre eles, o que mais se adequava para os passos que me propus a dar e, por fim, o processo de estar no curso de uma caminhada, propriamente dita.

Nesse curso, deparei-me com tantas possibilidades e diante destas, a arte do aprendizado do ofício de tecer os fios da composição artesanalmente trabalhada. Saio rica de uma experiência vivida que permeia desde apropriar-me dos instrumentos e do processo formal da estruturação e composição de uma pesquisa, até os ricos aprendizados pessoais de estar nessa vivência mundana. Sinto-me acrescida como profissional e, sobretudo, como pessoa na experiência, percebendo os múltiplos contornos que esta desvela.

Na caminhada, vivi experiências muito singulares e momentos repletos de sentidos. Um dos mais tocantes para mim, foi encontrar nos colaboradores deste trabalho, uma disponibilidade genuína em participar. Mesmo como pesquisadora, também estava implicada na experiência e precisei fazer um duplo exercício, uma vez que como psicoterapeuta, já os escutava e, durante a entrevista precisava ocupar “um outro lugar”, de uma “outra escuta”. Isso foi bem claro para mim, na “qualidade fina” de diferir tons, pausas, sons, gestos e expressões com “outros ouvidos” - foi um grato aprendizado. Apesar

deste “outro lugar” escutei sínteses profundas e francas acerca das vivências daquelas pessoas, o que tocou-me profundamente.

Também pude re-encontrar pessoas que já há algum tempo não as via, desde que saíram da psicoterapia. Apesar de que o nosso encontro não previa um tempo para entrevista, todos informalmente acabaram me atualizando de como estavam e de como se sentiam. Avalio que possivelmente o vínculo que já temos estabelecido tenha sido um facilitador. Nestas pessoas que reencontrei percebi histórias de vida - que na época em que saíram da psicoterapia eram possibilidades de sustentarem às mudanças - se realizando, se atualizando e se constituindo no dia a dia mundano de suas existências, após anos passados. Em comum todos pareciam desejosos de falarem, de contarem suas histórias e de apresentarem seus caminhos ... feitos de possibilidades, de mudanças ... de transformações.

Os colaboradores dessa pesquisa trouxeram elementos importantes à construção das respostas, relações e formulações de novas questões, em função daquelas inicialmente colocadas no início deste trabalho. Do que foi trazido percebe-se o quanto tais vivências são condições extremas à capacidade de suporte de uma pessoa, desde a emergência de conteúdos aparentemente caóticos à superposição de sentidos experimentados, em função da vivência daquela realidade específica, daquele estado de consciência.

A pesquisa mostrou que “a crise” de natureza psicótica não é só sinônimo de cronificação, doença ou mesmo: esquizofrenia; é, antes, uma experiência ambígua, destituída de sentido se focarmos em seu caráter despotencializador, porém, permeada de sentido diante da “lógica interna”,

inerente aos estados de consciência em que são vividas as experiências, apesar de confusa e caótica quanto a intensidade de como e do que é vivenciado. No entanto, os colaboradores também evidenciaram que tais sentidos podem ser ricamente resgatados no processo de compreensão e integração da experiência vivida na constituição da pessoa em sua existência mundana.

Quanto aos significados apreendidos, os sujeitos evidenciaram a crise como instrumento de autoconhecimento, início de uma nova consciência e forma de adequação e de contato com as sensações e sentimentos.

O estigma foi o aspecto mais emergente, em múltiplas nuances e contornos que variaram desde a questões estruturais das políticas em saúde mental a atitudes próprias do sujeito, também reprodutoras do estigma, na forma de olharem o outro e a si naquela experiência. Isso se evidenciou em função da ênfase dada a este aspecto, em descrições repletas de expressões emocionais. No tocante às questões estruturais das políticas de saúde Mental uma variedade de aspectos foram ressaltados, quanto: ao modelo de Saúde, a política da exclusão, a postura quanto ao processo de reprodução e as perspectivas nesse modelo, os profissionais, a postura profissional em busca do diagnóstico e ao diagnóstico propriamente dito. Foi mais evidente a força reprodutora do estigma por parte dos elementos da estrutura em Saúde Mental, do que o impacto do estigma vivido nas experiências da vida relacional dos sujeitos, talvez pelo lugar de poder ocupado pelos profissionais, pelo diagnóstico, pelo medicamento em detrimento à pessoa na experiência.

Outro aspecto foi o que permitiu a compreensão da constituição dos elementos para o processo de transformação, destacando-se: família, a

interação com as pessoas, a prática das tarefas diárias, o uso da medicação, a espiritualidade e a religiosidade – enquanto os chamados elementos de apoio. Também: a forma das pessoas se sentirem escutadas, vistas e acolhidas pelos profissionais, a forma de olhar da abordagem terapêutica, os aspectos do entendimento e da vontade, próprios do sujeito – enquanto elementos determinantes; também outro aspecto foi o processo de repotencialização implícito.

Outro aspecto da ambigüidade acima citada foi, além do indesejado e difícil de sentir em uma “crise”, o destaque para o potencial transformador na experiência dos sujeitos. A fala desses colaboradores evidencia o fato de que em um contexto de apoio e suporte, com cuidados adequados, esses estados complexos da mente podem ser benéficos, conduzindo em geral a descobertas profundas e a integradoras mudanças da personalidade para melhor.

Estou ciente de que o encontrado não são conclusões definitivas. Ao contrário, são passagens a novas e diversificadas investigações nessa área. Quem sabe a contribuição para pensar-se na estruturação de uma “fenomenologia da transformação”, como abordagem às experiências e vivências de natureza ditas psicóticas? ou mesmo, simplesmente, para compor um olhar diferenciado acerca do potencial do humano em sua capacidade criativa e transformadora?

Este tema merece outras pesquisas, bem como o interesse de profissionais e /ou pesquisadores que trabalham com a pessoa humana (e mundana), pois o mesmo permite caminhos vários de ampliações em pesquisas que se direcionem de forma mais aprofundada quanto ao aspecto

cultural, religioso, ideológico, histórico, político e tantos outros possíveis, o que sugere a necessidade de futuros trabalhos a esse respeito.

Imagino que poderia ter conhecido bem mais sobre a experiência se um maior número de sujeitos tivesse sido envolvido, o que se configura num limite desse trabalho. No entanto, a crédito que diante do caminho (em alusão ao método) e ao percurso previamente traçado, dei os primeiros passos. Chego ao final deste, com tantas outras questões e imaginando outras tantas e variadas trilhas a serem seguidas:

- Poderia ser proposto um método a ser estruturado no tocante a aspectos do manejo psicoterapêutico nessas vivências? Em se constituindo esse método, o que poderia haver em comum, uma vez que a pessoa humana é tão única em suas experiências e formas de significados?

- Que tipo de questões teria encontrado em um grupo que não tivesse tido experiências tão integradoras?

- Como seria entrevistar o grupo que não está mais em psicoterapia e reconstituir suas histórias de vida, no contexto mundano da integração dos conteúdos da experiência vivida, a partir do que significaram em suas “crises”?

- E as pessoas que já acompanhei que não tiveram casos bem sucedidos? Que fatores poderiam ter sido contribuintes?

Minha mente (agora) de pesquisadora se inquieta diante de algumas possibilidades... o coração pulsa reafirmando a vida e confirmando que estas inquietações estão vivas dentro de mim, em um movimento de construir a apropriação de sentido, na constituição de tantos múltiplos e abrangentes contornos de minha mundaneidade, nos vários universos em que transito, entre outros, no âmbito da pessoa e da profissional.

Isso me faz voltar à atenção para como e de que ponto nos constituímos no mundo? - nesse caso, mais particularmente enquanto profissionais que ocupam um lugar no universo da Saúde Mental. De que ponto olhamos para a pessoa que encontramos? Ou mesmo como concebemos o encontro? Para que também tanto o nosso olhar, quanto a nossa presença sejam potencializadores do Ser, frutos de um estado de consciência também elaborado a partir de nossas concepções e experiências vividas, visão de mundo, da nossa própria transformação ... manifestando na experiência e na existência a composição de esferas do conhecimento, integradas a visão crítica mundana e a dimensão do cuidado amoroso e solidário, numa escuta acolhedora das múltiplas e transcendentais dimensões do humano, centrada na inteireza que expressa a pessoa que nos propomos cuidar.

Inteireza presente, inclusive, naquelas tantas, variadas e “estranhas” partes aparentemente fragmentadas em uma experiência de natureza potencialmente “psicótica” - parte de uma linguagem holográfica da expressão do vivido, nos vários níveis e estados de consciência que se configuram enquanto elementos possíveis a uma nova ordem.

## REFERÊNCIAS

- Abraham, R., McKenna, T e Sheldrake, R. (1992) **Caos, Criatividade e o Retorno do Sagrado**: triálogos nas fronteiras do ocidente. São Paulo: Cultrix/Pensamento.
- Alves, A. (1991). O Planejamento de pesquisas qualitativas em Educação. **Cad. Pesq.** (77), 53-61.
- Alves, R. (1988). As Credenciais da Ciência. In: **Filosofia da Ciência**: Introdução ao jogo e suas regras. (pp. 166-181). São Paulo: Brasiliense.
- Amatuzzi, M. (1996). Apontamentos acerca da Pesquisa Fenomenológica. **Estudos de Psicologia de Campinas** 13 (1), 5-10.
- Assagioli, R. (1991). Símbolos de Experiências Transpessoais. In Kenneth Wapnick e cols. **Experiência Cósmica e Psicose**. (pp. 111-130). 2a. ed. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Basso, T & Pustilnik, A. (2000). **Corporificando a Consciência**: Teoria e Prática da Dinâmica Energética do Psiquismo. São Paulo: Instituto Cultural Dinâmica Energética do Psiquismo.
- Bertolucci, E. (1991). **Psicologia do Sagrado**. São Paulo: Editora Ágora.
- Bohm, D. (1980). **A Totalidade e a Ordem Implicada**: uma nova percepção da realidade. São Paulo: Cultrix.
- Bourdieu, P. (1998). Introdução a uma Sociologia Reflexiva. In: **O Poder Simbólico**. (pp. 17 – 58). 2a. ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- Briggs, J. & Peat, D. (2000). **A Sabedoria do Caos**. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Capra, F. (1982). **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e cultura emergente. 2a. ed. São Paulo: Cultrix.
- Capra, F. (1983). **O Tao da Física**: um paralelo entre a Física Moderna e a Misticismo Oriental. 2a. ed. São Paulo: Cultrix.
- Capra, F. (1992). **Pertencendo ao Universo**. São Paulo: Cultrix.
- Capra, F. (1996). **A Teia da Vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix – Amana Key.
- Capra, F. (2002). **As Conexões Ocultas**: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix – Amana Key.

- Carvalho, R. (1995). Saúde mental e trabalho: um novo (velho) campo para a questão da subjetividade. In Wanderley Codo & Jackson Sampaio. (Orgs.). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes.
- Cavalcante Júnior, F. (Org.). (2005). **Ler: Caminhos da trans-form-ação**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha.
- Cavalcanti, R. (2000). **O Retorno do Sagrado: A reconciliação entre Ciência e Espiritualidade**. São Paulo: Cultrix
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrição Clínica e Diretrizes Diagnósticas** (1993). Organização Mundial de Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Codo, W. & Sampaio, J. (Orgs.). (1995). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes.
- Codo, W., Sampaio, J. & Hitomi, A. (1993). **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes.
- Costa, N. & Tundis, S. (1987). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- Crema, R. (1995). **Saúde e Plenitude: um caminho para o ser**. São Paulo: Summus.
- Crema, R. (2002). **Antigos e novos terapeutas: abordagem transdisciplinar em terapia**. Petrópolis: Vozes.
- Creswell, J. (1998). **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions**. Thousand Oaks: Sage.
- Cruz Neto, O. (1996). O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. Minayo (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. (pp.27-65). Petrópolis: Vozes.
- Cunha, A. G. da (1982). **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Delgado, P. (1987). Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil: com um apêndice sobre a questão dos crônicos. In: Silva Tundis & Nilson Costa (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. (pp. 57 - 69). Petrópolis: Vozes / ABRASCO.
- Forghieri, C. (1993). **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo: Pioneira.
- Goffman, I. (1986). **Stigma: notes on the management of spoiled identity**. New York: Simon & Shuster, Inc.

- Gowsami, A. (1993). **O Universo Autoconsciente**: como a consciência cria o mundo material. 3a. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.
- Gowsami, A. (2000). **A Janela Visionária**: um guia para a iluminação por um físico quântico. São Paulo: Cultrix – Amana Key.
- Gowsami, A. (2005). **A Física da Alma**. São Paulo: Editora Aleph.
- Grof, S. (1987). **Além do Cérebro**: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia. São Paulo: McGraw-Hill.
- Grof, S. (1991). Variedade das Experiências Transpessoais. In: Kenneth Wapnick e cols. **Experiência Cósmica e Psicose**. 2a. ed. Petrópolis: Vozes.
- Grof, S. (1994). **A Mente Holotrópica**: novos conhecimentos sobre psicologia e pesquisa da consciência. 2a. ed. Rio de Janeiro: Rocco.
- Grof, S. (1997). **A aventura da autodescoberta**. São Paulo: Summus.
- Grof, S. (2000). **Psicologia do Futuro**: Lições das Pesquisas Modernas de Consciência. Rio de Janeiro: Heresis.
- Grof, S. & Grof, C. (orgs.).(1989). **Emergência Espiritual**: crise e transformação espiritual. São Paulo: Editora Cultrix.
- Grof, S. & Grof, C. (orgs.).(1990). **A Tempestuosa busca do Ser**: um guia para o crescimento pessoal através da crise de transformação. São Paulo: Editora Cultrix.
- Jaspers, K. (1996). **Psicopatologia Geral**. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1913).
- Jung, C. (1961). **Memories, Dreams, Reflections**. New York: Pantheon.
- Kaplan, H. e cols. (2002). **Compêndio de Psiquiatria**: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Khum, T. (1972). **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Laing, R. (1967). **The politics of experience**. Nova Iorque: Pantheon.
- Lakatos, E. & Marconi, M. (2003). **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Lima, M. (1998). **Estudo Comparativo do Fluxo Sanguíneo Cerebral Regional (SPECT) Entre Pacientes Esquizofrênicos e Controles Normais**. Campinas, São Paulo. Tese de Doutorado em Saúde Mental. Departamento de Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas, 178 p.

- Luckesi, C. (Org.). (2000). **Dinâmica Energética do Psiquismo**: O inconsciente Emergente. São Paulo: Instituto Cultural Dinâmica Energética do Psiquismo.
- Lukoff, D. (2003). **Transcrição da apresentação no IV Congresso Internacional da Associação Luso Brasileira de Transpessoal**. Cascais – Portugal. Não publicado.
- Machado, F. (1999). **Psicologia Transpessoal**: um novo enfoque para a saúde mental. Maceió: Universidade Federal de Alagoas.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais – DSM-IV-TR**. (1993). American Psychiatric Association. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Martins, F. (1999). O que é pathos?. **Rev. Latinoamericana de Psicop Fundamental 2** (4), 62-80.
- Merleau-Ponty, M. (1999). **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945).
- Minayo, M. (1992). **O desafio do Conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco.
- Minayo, M. (1995). **Os muitos Brasis**: Saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Hucitec.
- Minayo, M., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementariedade?. **Cad. Saúde Públ.** 9 (3), 239-262.
- Minkowski, E. (2000). Breves Reflexões a Respeito do Sofrimento. **Rev. Latinoamericana de Psicop Fundamental 3** (4), 156-164.
- Miranda, L. (2001). **Compêndio de Psicopatologia e Semiologia Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moreira, V. (2001). **Mas allá de la Persona**: hacia uma psicoterapia fenomenológica mundana. Chile: Editorial Universidad de Santiago.
- Moreira, V. (2004). O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em Psicopatologia. **Psicologia: reflexão e crítica 17** (3), 447-456.
- Moreira, V & Sloan, T. (2002). **Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica**. São Paulo: Escuta.
- Nobre de Melo, A. (1979). **Psiquiatria** (Psicologia Geral e psicopatologia, Vol. 1). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Perls, F. (1987). **Gestalt-terapia**. São paulo: Summus.

- Pert, C. (1995). Os Neuropeptídios e a Bioquímica das emoções. In Moyers, B. **A Cura e a Mente**. Rio de Janeiro: Rocco.
- Resende, H. (1987). Política de Saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Silva Tundis & Nilson Costa (Orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. (pp. 96-117). Petrópolis: Vozes; ABRASCO.
- Ring, K., Weil, P. & Brikan, A. (1978). **A Cartografia da Consciência Humana: Pequeno tratado de Psicologia Transpessoal**. Petrópolis: Vozes.
- Saldanha, V. (1997). **A Psicoterapia Transpessoal**. São Paulo: Komedi.
- Saldanha, V. (1998a). **Curso de Formação em Psicoterapia Transpessoal**. Apostila de treinamento, módulo I. Não publicado.
- Saldanha, V. (1998b). **Formação em Psicologia Transpessoal**. Apostila de treinamento, módulo II. Não publicado.
- Sampaio, J.; Santos, A. & Andrade, L. (1998). Saúde mental e Cidadania: um desafio local: In Eugênio Mendes (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC.
- Schlien, J. (1976). O estudo da esquizofrenia pela terapia centralizada no cliente: primeira aproximação. In: C. Rogers e B. Stevens (Eds.). **De Pessoa para Pessoa: o problema do ser humano; uma nova tendência na psicologia**. (pp.173-190). 2a. ed. São Paulo: Pioneira.
- Sölle, D. (1996). **Sofrimento**. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2a. ed. São Paulo: Cortez.
- Talbot, M. (1991). **O Universo Holográfico**. São Paulo: Nova Cultura.
- Tart, C. (1991). Fundamentos Científicos para o estudo de Estados Alterados de Consciência. In Pierre Weil e cols. **Mística e Ciência**. (pp.38-80). 2a. ed. Petrópolis: Vozes.
- Tatossian, A. (2001). Culturas e psiquiatria. **Rev. Latinoamericana de Psicop. Fundamental** 4 (3), 131-136.
- Tavares, C. (1994). **Iniciação à visão holística**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Record.
- Turato, E. (2003a). Introduzindo idéias fundamentais da ciência e de metodologias de sua pesquisa. In E. Turato, **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. (pp.35-80). Petrópolis: Vozes.
- Turato, E. (2003b). Viabilizando a etapa do trabalho de campo. In E. Turato, **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção**

teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas (pp.305-349). Petrópolis, RJ: Vozes.

Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev.Saúde Pública** 39 (3), 507-514.

Ximenes, S. (1999). **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 8a.. ed. Rio de Janeiro: Editora Ediouro Publicações S.A.

Walsh, R. e Vaughan, F. (Org.). (1980). A emergência da perspectiva transpessoal. In: **Além do ego: dimensões transpessoais em psicologia**. São Paulo: Pensamento.

Wapnick, K. (1991). Misticismo e Esquizofrenia. In.Kenneth Wapnick e cols. **Experiência Cósmica e Psicose**. 2a. ed. Petrópolis-RJ:Vozes.

Weil, P. (1987a). **Nova linguagem holística: pontes sobre as fronteiras das ciências físicas, biológicas, humanas e as tradições espirituais – um guia alfabético**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.

Weil, P. (1987b). **A neurose do paraíso perdido: proposta para uma nova visão da existência**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.

Weil, P. (1991). O novo Paradigma holístico: ondas à procura do mar. In Brandão, Denis e Crema, Roberto (Org.). **O novo paradigma holístico: ciência, filosofia, arte e mística**. (pp. 14-38). 2a. ed. São Paulo: Summus.

Weil, P. (1992). **As Fronteiras da Evolução e da Morte: os limites de transformação de energia no homem**. 5a. ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes.

Weil, P. (1994). **A nova ética: na política, na empresa, na religião, na ciência, na vida privada e em todas as outras instâncias**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Wilber, K. (1977). **O Espectro da Consciência**.São Paulo: Cultrix.

Wilber, K. (1986). **Transformações da consciência: o espectro do Desenvolvimento Humano**.São Paulo: Cultrix.

Wilber, K. (2000). **Uma Teoria de Tudo**.São Paulo: Cultrix/ Amana-Key.

Wright M. C. (1980). Do Artesanato Intelectual. In: **A Imaginação Sociológica**. (pp. 211 -243). Rio de Janeiro: Zahar.

## **ANEXOS**

### **Anexo A Guia de Entrevista**

O que significa crise para você?

Isso já foi diferente antes?

O que lhe marcou negativa ou positivamente, nessa experiência?

Que elementos lhe ajudaram a compreender essa experiência?

## **Anexo B Grupo I**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, DELZILENE MACÊDO COSTA, médica psiquiatra, aluna do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade de Fortaleza, venho convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa realizada por mim e intitulada: **O sentido da “crise” psicótica: do estigma à trans-forma-ção.**

A mesma faz parte da execução do Projeto de Mestrado nesta Universidade.

O objetivo da pesquisa é investigar o sentido das crises vivenciadas por pessoas em sofrimento psíquico, com vivências de natureza dita psicótica, compreendendo os fatores negativos e/ou positivos envolvidos no processo de compreensão acerca do significado dessa experiência.

Caso você decida participar, solicito a você para conversar comigo, sem ônus para você, no meu consultório. Realizaremos uma entrevista de cerca de 1 hora e esta será gravada. Será informal, como uma conversa, quando nós conversaremos acerca dos significados que você atribui a sua vivência em situação de crise, os aspectos negativos ou positivos que possam tê-lo(a) marcado e os elementos que lhe ajudaram a compreender essa experiência.

Tudo que conversaremos nessa entrevista será sigiloso. Sua participação é voluntária e você está completamente livre para decidir se quer ou não participar desta pesquisa, bem como para desistir a qualquer momento, caso deseje. Caso não queira, isso não terá nenhuma influência no seu tratamento ou no seu acompanhamento comigo.

#### **Riscos e Desconfortos**

Os riscos de participar nessa pesquisa são mínimos. Se você não quiser responder a alguma pergunta, basta dizer que não quer responder. Se você achar alguma das perguntas desconfortável ou difícil de responder, poderemos conversar sobre isso, interromper a entrevista, ou até mesmo parar, se esse for o seu desejo, e continuar a entrevista em um outro dia.

**Benefícios**

Sua participação nesta pesquisa poderá contribuir para uma melhor compreensão acerca do significado da experiência vivida de “crise” e originar contribuições no suporte e assistência às pessoas que também atravessam situações semelhantes, trazendo à tona discussões e propostas acerca deste tema.

**Confidencialidade**

Sua privacidade será protegida. Isso significa que seu nome nunca será ligado às informações que você fornecer. Haverá um outro nome fictício nas cópias das entrevistas. Nenhuma informação será dada a terceiros. O seu nome nunca será usado em escritos ou artigos resultantes deste projeto e todos os esforços serão efetuados para que as descrições dos participantes não sejam identificáveis.

**Questões**

Se você tiver qualquer dúvida sobre esta pesquisa, por favor entre em contato comigo, no telefone: 32683328 ou 99948137, ou ainda: [delzilenemc@uol.com.br](mailto:delzilenemc@uol.com.br)

EU LI A EXPLICAÇÃO DESSE TERMO. TIVE A OPORTUNIDADE DE DISCUTIR E FAZER PERGUNTAS, BEM COMO DE RECUSAR EM PARTICIPAR. AO ASSINAR ESTE TERMO DE COMPROMISSO. ESTOU DE ACORDO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Participante

---

Pesquisador Responsável

## Anexo C Grupo II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, DELZILENE MACÊDO COSTA, médica psiquiatra, aluna do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade de Fortaleza, venho convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa realizada por mim e intitulada: **O sentido da “crise” psicótica: do estigma à trans-forma-ção.**

A mesma faz parte da execução do Projeto de Mestrado nesta Universidade.

O objetivo da pesquisa é investigar o sentido das crises vivenciadas por pessoas em sofrimento psíquico, com vivências de natureza dita psicótica, compreendendo os fatores negativos e/ou positivos envolvidos no processo de compreensão acerca do significado dessa experiência.

Caso você decida participar, solicito a você que permita a citação de elementos de sua ficha clínica e apresentação de alguns registros de dados, pertencentes a materiais do período de seu processo terapêutico comigo. Sua privacidade será protegida. Isso significa que seu nome nunca será ligado às informações que aparecerem. Haverá outro nome fictício na redação do trabalho. Nenhuma informação sobre você será dada a terceiros. O seu nome nunca será usado em escritos ou artigos resultantes deste projeto e todos os esforços serão efetuados para que as descrições dos participantes não sejam identificáveis.

Sua participação é voluntária e você está completamente livre para decidir se quer ou não participar desta pesquisa, bem como para desistir a qualquer momento, se assim o quiser. Caso não queira, isso não terá nenhuma influência no seu tratamento comigo, se em algum momento tencionar retomá-lo.

## Benefícios

Sua participação nesta pesquisa poderá contribuir para uma melhor compreensão acerca do significado da experiência vivida de “crise” e originar contribuições no suporte e assistência às pessoas que também atravessam situações semelhantes, trazendo à tona discussões e propostas acerca deste tema.

## Questões

Se você tiver qualquer dúvida sobre esta pesquisa, por favor entre em contato comigo, no telefone: 32683328 ou 99948137, ou ainda: [delzilenemc@uol.com.br](mailto:delzilenemc@uol.com.br)

EU LI A EXPLICAÇÃO DESSE TERMO. TIVE A OPORTUNIDADE DE DISCUTIR E FAZER PERGUNTAS, BEM COMO DE RECUSAR EM PARTICIPAR. AO ASSINAR ESTE TERMO DE COMPROMISSO. ESTOU DE ACORDO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Participante

---

Pesquisador Responsável

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)