

O olhar disruptivo da psicopatologia fenomenológica para o adoecimento mental¹

Disruptive view of phenomenological psychopathology at mental illness

Ariane Voltolini Paião
Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Resumo

O adoecimento mental pode ser visto por diversas perspectivas dentro da psicopatologia. No entanto, apesar das limitações, a psicopatologia operacional-pragmática tem sido a visão hegemônica. O objetivo deste artigo é apresentar a visão disruptiva da psicopatologia fenomenológica a partir do estudo de três casos clínicos. As participantes responderam a escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) e passaram por 30 atendimentos individuais para compreensão da sua vivência temporal pelo método fenômeno-estrutural. A pontuação das jovens na escala sugeriu depressão moderada em duas delas e grave na outra. Apesar de terem alguns sintomas comportamentais semelhantes, as vivências temporais foram singulares, compartilhando a ausência do futuro sentido como abertura. Assim, conclui-se que a psicopatologia fenomenológica apresenta um papel relevante na discussão sobre o adoecimento mental. Para alguns fenomenólogos, ela pode ser uma alternativa ao modelo vigente e, para outros, é possível a integração dessas duas perspectivas, promovendo uma abordagem completa e eficaz para o cuidado da saúde mental.

Palavras-chave: Adoecimento mental; psicopatologia; estudo de casos.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.

ARTIGO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2025; vol14 (1):03-30

Published Online
17 de abril de 2025
<https://doi.org/10.37067/rpfc.v14i1.1170>

Ariane Voltolini Paião

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP).

Contato:
arianepaiiao@usp.br

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Professor Associado III do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professor subsidiário do Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Coordenador do Laboratório de Saúde Mental Multimétodo - LabSamm USP.

Contato:
antunez@usp.br

¹ Artigo baseado na dissertação de mestrado: "A vivência do tempo em universitárias deprimidas em situação de crise a partir da psicopatologia fenômeno-estrutural", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). Pesquisa financiada pela FAPESP, processo nº 2022/06740-5.

O olhar disruptivo da psicopatologia fenomenológica para o adoecimento mental

Disruptive view of phenomenological psychopathology at mental illness

Ariane Voltolini Paião
Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Abstract

Mental illness can be viewed from various perspectives within psychopathology. However, despite its limitations, operational-pragmatic psychopathology has been the hegemonic view. The aim of this article is to present the disruptive view of phenomenological psychopathology based on the study of three clinical cases. The participants answered the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and underwent 30 individual consultations to understand their temporal experience using the phenomeno-structural method. The young women's scores on the scale suggested moderate depression in two of them and severe depression in the other. Despite having some similar behavioral symptoms, their temporal experiences were unique, sharing the absence of the future felt as openness. Thus, it can be concluded that phenomenological psychopathology plays a relevant role in the discussion about mental illness. For some phenomenologists, it can be an alternative to the current model and, for others, it is possible to integrate these two perspectives, promoting a complete and effective approach to mental health care.

Keywords: Mental illness; psychopathology; case studies.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.

ARTIGO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2025; vol14 (1):03-30

Published Online
17 de abril de 2025
<https://doi.org/10.37067/rpfc.v14i1.1170>

Ariane Voltolini Paião

Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP).

Contato:
arianepaião@usp.br

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Professor Associado III do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professor subsidiário do Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Coordenador do Laboratório de Saúde Mental Multimétodo - LabSamm USP.

Contato:
antunez@usp.br

Introdução

O adoecimento mental tem registros encontrados em papiros egípcios datados por volta de 1.500 a.C. (Nasser, 1987). Na idade média, as pessoas acometidas por transtornos mentais foram consideradas “possuídas” por algum mal, condição que poderia ser curada com o exorcismo (Pessoti, 1994). No decorrer da história, o adoecimento mental foi tratado como loucura, foram fundados manicômios para alocação dos chamados doentes mentais e esse manejo foi questionado apenas muito tempo depois com a reforma psiquiátrica (Batista, 2014). Baseada no modelo biomédico de saúde e doença, a psiquiatria é a ciência dedicada ao estudo e tratamento dos transtornos mentais.

Dentro da psiquiatria, a psicopatologia se concentra na descrição e no estudo dos sinais e sintomas dos transtornos mentais sem se ater a outras questões dessa especialidade. Em uma acepção ampla, a psicopatologia pode ser definida como o conjunto de saberes referentes ao adoecimento mental do ser humano. Uma das suas principais características é a multiplicidade de referenciais teóricos para sua abordagem (Dalgalarondo, 2019), evidenciando a inexistência de consenso.

Na perspectiva da psicopatologia comportamental, o ser humano é visto como um conjunto de comportamentos observáveis, verificáveis, que são regulados por estímulos e por suas respostas, ou seja, o comportamento está baseado em leis e determinantes do aprendizado. Alinhada a essa visão, a perspectiva cognitivista foca nas representações cognitivas, essenciais ao funcionamento mental normal e patológico. Os sintomas resultam de comportamentos e representações cognitivas disfuncionais, aprendidas e reforçadas pelas experiências (Dalgalarondo, 2019).

Na visão da psicopatologia operacional-pragmática, hegemônica na psiquiatria contemporânea, as definições de transtornos mentais e sintomas são elaboradas de modo arbitrário, em função de sua utilidade pragmática. A natureza da doença ou do sintoma e os fundamentos filosóficos das definições não são questionados. Trata-se do modelo adotado pelas diversas versões dos manuais de psiquiatria: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) e Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID) (Dalgalarondo, 2019).

A utilização desses manuais pode viabilizar a comunicação entre profissionais ao

fornecer uma padronização na linguagem psiquiátrica e, assim, facilitar o diálogo entre as diferentes áreas (Araújo & Neto, 2014). Apesar disso, esse uso envolve muitas limitações ao não promover uma discussão sobre as singularidades do adoecimento mental e pode estar relacionado a problemáticas como estigmatização social e medicalização (Resende, Pontes & Calazans, 2015).

Seguindo os pressupostos e os critérios estabelecidos pelos manuais diagnósticos, mais especificamente pelo DSM-IV (1994), foram desenvolvidos alguns instrumentos para rastreio de transtornos mentais e avaliação da sua gravidade. No contexto da depressão, por exemplo, dentre outros instrumentos, estão o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) e o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Santos et al., 2013).

Com pretensões diferentes das perspectivas mencionadas e propondo outros pressupostos, a psicopatologia fenomenológica foi desenvolvida no século XX por Ludwig Binswanger (1923/1973) e Eugène Minkowski (1923/2019). Perspectiva inspirada nos pensamentos pioneiros e filosóficos de Karl Jaspers (1911/1979) sobre a psicopatologia, considerada por ele uma ciência independente da medicina.

Nessa perspectiva, os transtornos psicopatológicos são vistos como expressão profunda de uma modificação de toda a existência do sujeito e não apenas uma sobreposição de sintomas (Bloc, Souza & Moreira, 2016). Por mais que os comportamentos sintomáticos sejam globalmente semelhantes, as vivências patológicas possuem um significado único para cada paciente (Antúñez, 2014). Assim, o foco terapêutico consiste na descoberta do sujeito por trás do sintoma (Costa & Medeiros, 2009) e o paciente deve ser compreendido como um ser diferente e semelhante e não como um doente (Antúñez, 2014).

Embora os transtornos mentais possam ter múltiplas classificações, a diferença qualitativa das vivências tem um papel fundamental para a psicopatologia fenomenológica, pois permite a apreensão profunda do mundo do paciente. Por mais que a estrutura essencial das experiências possa ser considerada universal, as “variações” em relação a esse modelo predominante podem ser compreendidas, mesmo se não vivenciadas em primeira pessoa. A partir disso, pode-se construir um conhecimento psicopatológico, estabelecer um diagnóstico e pensar em uma terapia (Ales Bello, 2020).

Os pensamentos de Binswanger nesse âmbito partiram da aplicação do método fenomenológico a um caso de autismo, descrito na conferência “Sobre Fenomenologia”

(1923). Nessa ótica, os sinais apresentados pelo paciente deveriam ser colocados no contexto dessa pessoa, procurando compreender suas vivências e tentando captá-las na sua estrutura essencial. Para isso, seria necessário adentrar na dimensão da experiência vivida do seu mundo externo (Ales Bello, 2020).

Para o psiquiatra, enquanto o psicopatólogo tradicional descreve e classifica o sintoma considerando-o um caso dentro da nosografia, o psicopatólogo orientado pela fenomenologia busca adentrar no sentido das palavras escutadas, reviver o objeto, conduzir-se ao seu interior e reconstituir esse mundo. Apesar de o fenomenólogo também contar com uma descrição precisa das características e das propriedades dos sintomas, não as utiliza na elaboração de conceitos, mas para alcançar a essência do paciente (Ales Bello, 2020).

A temporalidade se mostrou presente nos desenvolvimentos de Binswanger por ser considerada por ele o fio condutor entre a transcendência husserliana e a existência heideggeriana, temas centrais para seus dois grandes influenciadores. O psiquiatra trabalhou com a dimensão do tempo imanente para captar as origens dos transtornos mentais, seria necessário reconduzi-los às dimensões existenciais profundas por não serem justificáveis apenas como transtornos psíquicos (Ales Bello, 2020).

A perturbação da estrutura temporal foi percebida nos casos clínicos de pacientes melancólicos, com vivências próximas daquelas contemporaneamente denominadas depressivas, presentes na obra “Melancolia e Mania” (1960). Nesses pacientes, foi possível constatar um esvaziamento da objetividade temporal do futuro, o que abalaria o processo temporal e levaria a uma carência de continuidade (Ales Bello, 2020).

Considerando que o mundo real existe baseado na suposição da manutenção da experiência como ela se mostra, no melancólico, a experiência se configura como um tipo de perda, perda da continuidade que marca a experiência natural. Dessa forma, ele não viveria o presente por vivenciar um passado ou um futuro intencionalmente perturbado (Ales Bello, 2020).

Contemporâneos de Binswanger, os desenvolvimentos de Minkowski partiram, principalmente, da sua experiência ao acompanhar por dois meses, dia e noite, um paciente de 66 anos com melancolia esquizofrênica, caso intitulado “Estudo psicológico e análise fenomenológica de um caso de melancolia esquizofrênica” (1922). Neste caso, Minkowski percebeu que a estrutura da personalidade humana poderia ser estudada pela perspectiva do tempo (Minkowski, 1923/2019) e que a sua vivência poderia estar

relacionada ao sofrimento mental (Minkowski, 1933/1973).

Minkowski desenvolveu, assim, o método fenômeno-estrutural, utilizando o tempo para uma releitura humanizada da compreensão e do tratamento das psicopatologias (Faizibaioff & Antúnez, 2015). Esse método prega uma abordagem diagnóstica e terapêutica do ser humano em sua totalidade estrutural, a partir da atitude compreensiva e da linguagem, considerando a experiência temporo-espacial, assim como a relação interpessoal, como aspectos indissociáveis da existência humana (Barthélémy, 2006; Faizibaioff & Antúnez, 2015).

Minkowski e Binswanger, a partir da prática clínica, forneceram importantes contribuições para a compreensão dos pacientes com vivências depressivas, o que exerceu um papel fundamental para a visão da depressão na perspectiva temporal, inspirando os desenvolvimentos contemporâneos da psicopatologia fenomenológica sobre esse tema. Em suma, pacientes deprimidos teriam uma alteração na vivência do futuro, não mais sentido como abertura, mas como impossibilidade. A vivência do tempo seria profundamente dependente da inserção das pessoas em um contexto específico e, nesses pacientes, ocorreria um desarranjo na sincronização com outras formas de temporalidade vivida ou uma falha na visualização do mundo como um conjunto de possibilidades significativas (Cavaletti & Heimann, 2020; Fuchs, 2001; Moskalewicz & Schwartz, 2020; Ratcliffe, 2012).

Diante do exposto, embora existam muitas perspectivas que podem ser utilizadas para olhar o sofrimento mental, o modelo predominante está relacionado à psicopatologia operacional-pragmática (Dalgalarrrondo, 2019), que utiliza a identificação dos sintomas para classificação dos transtornos mentais. Apesar do benefício da padronização, sua primazia se mostra preocupante considerando suas significativas limitações diante da singularidade do paciente em sofrimento e as implicações disso para sua compreensão e para o tratamento.

Tendo isso em vista, o objetivo deste artigo é apresentar a **visão disruptiva** da psicopatologia fenomenológica para ampliar a discussão sobre as formas de compreender o adoecimento mental.

Metodologia

A metodologia utilizada foi o estudo de casos, considerando que o conhecimento

obtido a partir de poucos casos pode ser ampliado para muitos casos, presumindo que cada indivíduo possui aspectos representativos de um grupo maior (Jaspers, 1979; Helman, 1998).

Procedimento

Os casos estudados são de três estudantes universitárias do sexo feminino. As jovens assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, a pesquisa foi submetida e aprovada por um comitê de ética em pesquisa com seres humanos, processo CAAE número 59519422.9.0000.5561.

Antes de iniciar os atendimentos, as jovens responderam a escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), escolhida como representante da perspectiva da psicopatologia operacional-pragmática. Esse instrumento é constituído por nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV): humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentimento de lentidão ou inquietude e pensamentos suicidas. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas foi avaliada em uma escala *Likert* de 0 a 3 correspondendo às respostas “nenhum dia”, “menos de uma semana”, “uma semana ou mais” e “quase todos os dias” (Santos et al., 2013).

A análise dos resultados do instrumento PHQ-9 seguiu os parâmetros descritos por Santos et al. (2013) e por Kocalevent et al. (2013). As pontuações, soma dos sintomas, variam de 0 a 27: ≥ 5 sugere nível leve, ≥ 10 , nível moderado e ≥ 15 , nível grave de depressão (Kocalevent et al., 2013). A análise foi articulada com as percepções da terapeuta/pesquisadora durante os atendimentos iniciais.

Após a etapa inicial, as pacientes foram acompanhadas em 30 sessões de psicoterapia individual. Os atendimentos foram realizados no formato híbrido com uma delas e no formato online com as outras duas, seguindo a resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2020), considerando que os atendimentos foram realizados durante a pandemia de Covid-19.

A compreensão do sofrimento das jovens foi realizada na perspectiva da vivência do tempo, considerando sua relação com a depressão. Após cada encontro e a partir do

que foi abordado pelas pacientes e da relação interpessoal estabelecida com cada uma delas, a terapeuta/pesquisadora utilizou o método fenômeno-estrutural para compreensão das vivências temporais e de outros elementos que chamaram atenção. A pesquisadora redigiu seus sentimentos após cada sessão, os sentimentos despertados diante da relação com as pacientes, sua vivência do tempo e as alterações percebidas no processo, considerando a relação entre psicoterapeuta e paciente como reveladora de aspectos essenciais da vivência do tempo (Minkowski, 1927/2000). As pacientes foram acompanhadas a partir das questões trazidas espontaneamente por elas, sem direcionamento para temáticas específicas.

Além dos relatos por escrito, houve a gravação e a transcrição na íntegra de três sessões (3^a, 16^a e 28^a) para análise dos elementos temporais na narrativa das pacientes no início, no meio e no final dos atendimentos clínicos. Foram gravadas apenas três sessões, considerando que três momentos são suficientes para a compreensão dos traços essenciais dos fenômenos temporais e “como” eles se mostram.

Perspectiva da psicopatologia operacional-pragmática

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Caso 1

Mariana (nome fictício), 20 anos, sem filhos e ingresso na graduação em 2020. Entrou em contato com um serviço de saúde mental de uma universidade pública para atendimento psicológico.

O resultado do PHQ-9 foi 11 (Figura 1), sugestivo de um nível moderado de depressão.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.
1) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?
(0) Nenhum dia
(1) Menos de uma semana ✓
(2) Uma semana ou mais
(3) Quase todos os dias
2) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva?
(0) Nenhum dia
(1) Menos de uma semana ✓
(2) Uma semana ou mais
(3) Quase todos os dias

3) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais ✓
- (3) Quase todos os dias

4) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansada ou com pouca energia?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana ✓
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

5) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?

- (0) Nenhum dia ✓
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

6) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesma ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais ✓
- (3) Quase todos os dias

7) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana ✓
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

8) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana ✓
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

9) Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana ✓
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- (0) Nenhuma dificuldade
- (1) Pouca dificuldade ✓
- (2) Muita dificuldade
- (3) Extrema dificuldade

Figura 1. Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Adaptado de Santos et. al (2013).

O “*pouco interesse ou prazer em fazer as coisas*” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebido quando Mariana relatou ter faltado várias vezes da faculdade no período por ter acordado sem vontade de ir.

A resposta “*se sentir ‘para baixo’, deprimida ou sem perspectiva*” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebida quando relatou que tinha se afastado dos amigos por conta do início do namoro, mas temia perder as amizades e percebia uma certa dependência em relação ao namorado. Além disso, dizia sentir falta da pessoa que era no ano anterior, gostaria de recuperar o prazer e a sociabilidade desse período.

“*Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume*” uma semana ou mais nas duas últimas semanas pode ser percebida quando relatou que a sobrecarga de atividades a deixava com pouco tempo para dormir e, às vezes, tinha dificuldade para conseguir dormir por estar muito agitada.

“*Se sentir cansada ou com pouca energia*” menos de uma semana nas duas últimas semanas foi uma questão levantada por Mariana, por fazer muitas atividades além da graduação (estágio, iniciação científica, atividade docente, organização estudantil e esporte) sentia estar sobrecarregada, cansada e sem energia.

“*Se sentir mal consigo mesma — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma*” uma semana ou mais nas duas últimas semanas pode ser percebido nos seus relatos. As crises de ansiedade, como ela chamava, atrapalhavam o seu alto rendimento na realização das atividades, como a produtividade se mostrava uma questão importante, sua diminuição era extremamente desconfortável. Além disso, estava se sentindo culpada pelas brigas com o namorado e por tudo de ruim que acontecia no relacionamento.

A “*dificuldade para se concentrar nas coisas*” menos de uma semana nas duas últimas semanas foi percebida ao contar sobre os dias nos quais estava muito ansiosa e com muitos pensamentos. Relatou cansaço no dia após ter crise de ansiedade e chamou esses dias de “perdidos” por não conseguir realizar suas atividades.

“*Lentidão para se movimentar ou falar, (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume*” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebida quando a paciente relatou as crises de ansiedade. Segundo ela, costumava sentir

taquicardia, dificuldade de respirar, chorava e vinham muitos pensamentos à cabeça.

Caso 2

Lara (nome fictício), 25 anos, sem filhos e ingresso na graduação em 2017. Entrou em contato com um serviço de saúde mental de uma universidade pública em busca de atendimento psicológico.

O resultado do PHQ-9 foi 15 (Figura 2), o que sugeriu um nível grave de depressão.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.
1) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?
(0) Nenhum dia
(1) Menos de uma semana ✓
(2) Uma semana ou mais
(3) Quase todos os dias
2) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva?
(0) Nenhum dia
(1) Menos de uma semana
(2) Uma semana ou mais ✓
(3) Quase todos os dias
3) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?
(0) Nenhum dia
(1) Menos de uma semana
(2) Uma semana ou mais
(3) Quase todos os dias ✓
4) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansada ou com pouca energia?
(0) Nenhum dia ✓
(1) Menos de uma semana
(2) Uma semana ou mais
(3) Quase todos os dias
5) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?
(0) Nenhum dia ✓
(1) Menos de uma semana
(2) Uma semana ou mais
(3) Quase todos os dias
6) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesma ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma?
(0) Nenhum dia
(1) Menos de uma semana
(2) Uma semana ou mais
(3) Quase todos os dias ✓
7) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?
(0) Nenhum dia

(1) Menos de uma semana ✓ (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias 8) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias ✓ 9) Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta? (0) Nenhum dia ✓ (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias 10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? (0) Nenhuma dificuldade (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade ✓ (3) Extrema dificuldade
--

Figura 2. Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Adaptado de Santos et. al (2013).

O “*pouco interesse ou prazer em fazer as coisas*” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebido quando a jovem comentou a sua relação com a faculdade: não conseguia frequentar as aulas, nem fazer trabalhos e provas.

A resposta “*se sentir ‘para baixo’, deprimida ou sem perspectiva*” uma semana ou mais nas duas últimas semanas pode ser percebida também quando falou sobre a faculdade. Dizia não conseguir concluir o curso e se sentia mal ao se comparar com os amigos, pois a maioria que começou junto com ela havia se formado, o que a fazia se sentir velha para ainda estar cursando as disciplinas.

“*Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume*” quase todos os dias nas duas últimas semanas pode ser percebida quando relatou dormir bastante, o que contribuía para a procrastinação e para a não realização das atividades acadêmicas.

“*Se sentir mal consigo mesma — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma*” quase todos os dias nas duas últimas semanas pode ser percebido nos relatos da jovem. O fato de estar no sexto ano da graduação e achar que não conseguiria concluí-la contribuía para seu sentimento de fracasso, assim como morar com os pais e depender financeiramente deles.

A “*dificuldade para se concentrar nas coisas*” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebida mais uma vez no contexto acadêmico, quando contou não conseguir prestar atenção nas aulas, nos trabalhos nem na leitura de textos. Essa situação também se mostrou presente no contexto da sua casa ao relatar ter dias nos quais não fazia nada.

A “*lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume*” quase todos os dias nas duas últimas semanas pode ser percebida quando a jovem relatou não conseguir realizar as atividades por não ter disposição e não conseguir, muitas vezes, levantar da cama.

Caso 3

Olívia (nome fictício), 28 anos, sem filhos e com ingresso na graduação em 2021. Entrou em contato com um serviço de saúde mental de uma universidade pública para atendimento psiquiátrico e foi encaminhada também para atendimento psicológico.

O resultado do PHQ-9 foi 10 (Figura 3), o que sugeriu um nível moderado de depressão.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.
1) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana ✓ (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
2) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana ✓ (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
3) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana ✓ (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
4) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansada ou com pouca energia? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais

- (3) Quase todos os dias ✓
- 5) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?**
- (0) Nenhum dia ✓
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias
- 6) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesma ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma?**
- (0) Nenhum dia ✓
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias
- 7) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?**
- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais ✓
- (3) Quase todos os dias
- 8) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?**
- (0) Nenhum dia ✓
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias
- 9) Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta?**
- (0) Nenhum dia ✓
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias
- 10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?**
- (0) Nenhuma dificuldade
- (1) Pouca dificuldade
- (2) Muita dificuldade ✓
- (3) Extrema dificuldade

Figura 3. Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Adaptado de Santos et. al (2013).

O “*pouco interesse ou prazer em fazer as coisas*” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebido quando Olívia relatou sua exaustão diante da sua rotina, principalmente, o desgaste sentido com o deslocamento da sua casa para a faculdade, o que influenciava no pouco prazer sentido em fazer as coisas.

A resposta “*se sentir ‘para baixo’, deprimida ou sem perspectiva*” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebida também no contexto da faculdade. A paciente se sentia inferior diante dos colegas do curso por conta da sua condição

econômica.

“Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume” menos de uma semana nas duas últimas semanas pode ser percebida quando a jovem relatou ter muitos pensamentos ao mesmo tempo, que a deixavam cansada e, às vezes, a atrapalhavam a dormir.

“Se sentir cansada ou com pouca energia” quase todos os dias nas duas últimas semanas pode ser percebido quando a paciente relatou a exaustão sentida devido à intensa carga horária da faculdade, composta por aulas teóricas e práticas em período integral.

A *“dificuldade para se concentrar nas coisas”* uma semana ou mais nas duas últimas semanas pode ser percebida quando a paciente relatou ter muitos pensamentos ao mesmo tempo, o que a impedia de focar e prestar atenção no que estava fazendo, principalmente, nas tarefas relacionadas à graduação.

Perspectiva da psicopatologia fenomenológica

A vivência do tempo

Neste tópico, será abordada a vivência do tempo predominante em cada uma das três jovens durante os 30 atendimentos, não sendo o objetivo apresentar as eventuais alterações percebidas no final do processo.

Caso 1

Mariana apresentou uma vivência do tempo marcada pela antecipação e pela aceleração, fazia do presente um meio de sacrifício para chegar no futuro, que parecia carecer de um sentido autêntico. Para ela, a felicidade era sinônimo de sucesso, por isso estipulava metas profissionais e o alcance de cada uma significava a subida de um degrau rumo à felicidade. Nesse contexto, os sentimentos eram obstáculos, parecia não querer dar atenção a eles, pois poderiam atrapalhar o alcance dessas metas.

A movimentação da jovem para o futuro, aliada a uma dificuldade de viver o presente e de senti-lo, pode ser captada na sua narrativa a respeito de uma vaga de estágio que tinha recusado:

“Eu não vou ficar desmotivada, porque eu também não tenho tempo pra ficar chorando as ‘pitanga’. Eu fiz e foi uma escolha ter feito, agora eu tenho que arcar com as consequências, sabe?”

Em muitos momentos foi pertinente questionar se a paciente vivia o tempo, considerando o sentido genuíno do termo viver, pois, muitas vezes, o tempo parecia apenas um plano de fundo, apenas passava, enquanto ela realizava inúmeras tarefas e tentava encaixá-las nele, que parecia nunca ser suficiente para abrigá-las.

“...de todas as coisas que eu tô fazendo eu não tenho uma coisa que é a principal, eu tô vendo muito a minha vida (...) uma coisa misturada, uma coisa misturada, que eu vou abrindo mão de uma coisa pra outra, abrindo mão de uma coisa pela outra...”

“...só que ao mesmo tempo eu penso que eu tenho tanta coisa pra fazer que não sei (...) você vai fazendo e quando você percebe você já tá meio... meio mal...”

Foi possível perceber o pensamento da paciente sempre à frente, indicando uma dificuldade de viver o tempo presente, mais especificamente o agora, considerado por Minkowski um fenômeno absoluto, que engloba "ao menos a parte mais próxima do antes e do depois imediato" (Minkowski, 1973, p. 38):

“...eu me distraía muito, eu tava lendo um artigo né (...) E eu juro que eu lia cada parágrafo umas cinco vezes, porque eu lia e eu não conseguia absorver nada (...) eu estava sentada lá tentando me concentrar e não tava conseguindo. Eu lia e não absorvia, aí eu lia de novo e não absorvia, aí eu lia de novo e não absorvia...”

O movimento de antecipação do tempo se mostrou nas preocupações com muitas situações nas quais o presente não fornecia informações suficientes e seria necessário esperar seu desfecho no futuro, o que se mostrava angustiante para ela.

“...até que ponto (...) o meu orgulho vai deixar com que eu me sinta satisfeita com as coisas, sabe?”

Essa questão foi percebida no âmbito do relacionamento amoroso quando queria saber se algumas atitudes do namorado no presente seriam um indicativo de desfechos negativos no futuro. Em um dos atendimentos, reconheceu que seu sofrimento por uma determinada questão foi precipitado, criou vários cenários e estava sofrendo por coisas que não tinha como saber, evidenciando a aceleração da vivência do tempo.

Mariana parecia fazer do presente um meio de sacrifício para chegar no futuro.

Trazia para o presente todas as inúmeras atividades que precisava fazer, culminando em uma sobrecarga que parecia impedi-la de viver o tempo no qual se encontrava.

“Tipo, não tinha tempo, eu não podia enrolar, então... é, era isso e aí eu tava com essa limitação que eu não tava conseguindo focar no trabalho...”

Nessa perspectiva, o futuro parecia ser um credor de todas as metas que precisavam ser cumpridas ao invés de abertura para possibilidades.

A vivência acelerada do tempo pode ser sentida na relação estabelecida entre a paciente e a terapeuta. A narrativa da jovem durante os atendimentos foi marcada por uma intensa rapidez, seu raciocínio parecia estar à frente da fala, aparentando a necessidade de um discurso acelerado para alcançar o pensamento. Nessa dinâmica, não havia silêncio e era necessário que a terapeuta interrompesse a paciente caso quisesse fazer alguma pontuação ou pergunta.

Em muitos momentos, Mariana falava uma coisa, emendava outra e, em seguida, respondia, esclarecia ou justificava a fala anterior, verbalizava quase sem respirar. Nesse movimento de antecipação do tempo, parecia querer responder uma pergunta que a terapeuta ainda não havia feito e, muitas vezes, conseguia. Relatava acontecimentos da semana e, em seguida, falava: *“e como eu me senti com isso?”*, ou seja, contou, perguntou e respondeu.

Na dinâmica da sessão, também foi possível perceber esse modo de vivência acelerado do tempo a partir da agitação da paciente, que mexia bastante no cabelo ou em objetos que estavam na sua mão, gesticulava e mudava de posição.

Durante grande parte das sessões, principalmente as iniciais, predominava na terapeuta o sentimento de não estar em sintonia com a paciente, considerando a noção de Minkowski de sintonia como “faculdade de vibrar em uníssono com o ambiente” (Minkowski, 1999, p. 165). O tempo da paciente se mostrava à frente de forma que parecia alcançar uma euforia em alguns momentos.

Caso 2

Lara apresentou uma vivência do tempo marcada por uma perspectiva de futuro fechada, não parecia vinculada ao presente nem presa ao passado, que também não parecia ser sentido como lastro, mas como prova de que as coisas não davam certo. Parecia estar desapropriada do tempo, como se ele estivesse paralisado, por mais

contraditório que isso possa parecer.

O futuro não era ansiado pela paciente, não era sentido como possibilidade, parecia restrito, uma certeza de que as coisas seriam sempre da forma como tinham sido até aquele momento, o que a impedia de tentar fazer coisas novas. Durante a maior parte dos encontros, não tinha um projeto de vida e não se movimentava para mudar isso.

“...eu moro com os meus pais, eu não tenho dinheiro nem pra sair de casa, né. Tipo, às vezes nem pra pegar o ônibus ali na esquina, então não faz muito sentido (pensar em planos para o futuro) ...”

“...Então, é só essa sensação mesmo de me sentir muito ruim na faculdade, porque me traz a lembrança de que eu nunca vou me formar...”

Ao falar da procrastinação que impedia a realização de tarefas, foi possível captar na jovem a vivência de um futuro difícil de ser visualizado, muitas vezes, sentido tão distante como se não fosse chegar:

“Ah e todo dia eu fico assim ‘ai, amanhã eu vou fazer, amanhã, amanhã vou fazer um esporte, amanhã vou meditar, amanhã eu vou...’ sempre faço isso, horrível (...) acabo não meditando, acabo não fazendo...”

Foi possível sentir uma vivência do tempo que parecia ser mais que arrastada, chegando a alcançar uma sensação de paralisação:

“...eu sinto que eu não tô evoluindo mesmo, até porque eu não tô conseguindo minha independência financeira...”

“Primeiro, eu não tenho nenhuma outra perspectiva do que fazer, sabe? Eu não me sinto capaz de fazer nenhuma outra coisa, não consigo. É... eu não me vejo fazendo outra faculdade, eu não me vejo... é isso, é uma sensação de estar perdida, eu não sei o que eu quero...”

Todo esse contexto envolvia sentimentos autodepreciativos e a paciente parecia viver o futuro como se ele estivesse fechado e sem possibilidades:

“É... eu me sinto um fracasso, eu me sinto um lixo (risos), é tipo isso. É, é isso, eu não tô satisfeita comigo como pessoa (...) além de ser um fracasso, um lixo (...) quais são as minhas perspectivas a partir daqui? Nenhuma...”

“...eu não vou conseguir ser independente, não vou conseguir ter um emprego bom, enfim...”

Na relação com a terapeuta, a voz da paciente se mostrava embaraçada, parecia guardar um choro que não saía. Sua forma de falar e o seu tom de voz transmitiam um sentimento de desesperança. Durante os encontros, além de falar pouco, não se mostrava aberta à reflexão e costumava inviabilizar as possibilidades apresentadas.

Na maioria das vezes, Lara parecia não estar vinculada ao presente, achava que deveria estar em outro lugar, fazendo outra coisa.

A paciente chegou a expressar um sentimento de não pertencimento acompanhado por um desgosto, que pode ser captado como uma dificuldade de estar no tempo presente e, conseqüentemente, de vivê-lo:

“...a maioria da galera que eu estudei se formou (...) aí me dá frustração, eu fico triste, é isso, e a faculdade também não tá sendo um bom lugar pra mim (...) a minha vida fora da faculdade também tá ruim...”

Ao expor suas intenções em relação à faculdade, foi possível sentir a dificuldade da paciente de viver o tempo presente, não queria estar onde estava e achava que não deveria estar nesse lugar, o que transmitia uma sensação de vivenciar tempo nenhum:

“...eu não quero estar tanto aqui que (...) é indiferente pra mim. Pra mim, é... eu já num devia estar aqui (faculdade).”

Lara apresentou uma vivência do tempo que parecia paralisada, como se estivesse desapropriada dele. Essa vivência do tempo arrastada e imobilizada foi captada ao ficar remoendo o fato de seus planos de estar formada, empregada e independente dos pais não estarem concretizados e isso parecia impedi-la ainda mais de sair do lugar, parecia andar em círculos.

“...uma coisa que me incomoda muito na minha vida, ela parece que tipo não muda, não muda, tá tudo sempre do mesmo jeito, isso me irrita...”

“...aí que vem a frustração (...) eu não tô falando que eu quero ser rica, bilionária, tá ligado? Não são coisas absurdas, são coisas que todo mundo tem, todo mundo vai conquistando de certa forma e eu não sinto que eu tô.”

Ao contar sobre sua rotina e a dificuldade de realização de atividade física, mesmo sendo algo que gostava de fazer, foi possível perceber, mais uma vez, a vivência do tempo paralisada:

“Todo dia eu fico pensando (...) que eu devo voltar a fazer esporte, todo dia eu não faço esporte.”

A percepção da jovem em relação à própria vida também despertava a sensação de uma paralisação:

“...É só isso que tá acontecendo na minha vida agora, eu acho que tipo, quer dizer, mais ou menos né, mas enfim. É... eu na faculdade sofrendo, morrendo, sem emprego e é... vivendo essa vida de doida, vagabunda, que não faz nada.”

A sensação de desapropriação do tempo foi sentida com intensidade quando disse utilizar o tempo para atender aos pedidos de ajuda da mãe. No entanto, quando começou a trabalhar dizia que o tempo era do trabalho, ou seja, nunca era dela.

“...E é isso, meu tempo lá em casa não é meu (...) não entendem que estar em (...) casa não significa que a pessoa não está fazendo nada, sabe? (...) na minha vida, as pessoas não vão entender mesmo, porque pra elas eu não tô fazendo nada mesmo, né (...) eu não tô fazendo nada, eu não tô trabalhando, eu não tô estudando direito (...) qualquer momento que elas precisarem de mim, elas podem me chamar, na visão delas e não sei se estão tão erradas...”

Relatou ver o tempo passar e ter a sensação de não fazer nada, por outro lado, sentia não poder fazer o que gostava por não ter tempo. A passagem do tempo despercebida por ela ficou evidente quando disse que entre os períodos da manhã e da tarde parecia ter apenas uma hora de duração.

“...agora não tenho tempo de nada (...) eu não faço nada, mas mesmo assim eu já não tenho tempo, imagina se eu fizesse um monte de coisa...”

A partir da relação estabelecida entre a jovem e a terapeuta foi possível sentir uma vivência do tempo arrastada e, em muitos momentos, imobilizada. A fala da paciente se apresentava de forma lenta, truncada, fazia pausas e não seguia um fluxo. Concordava ou discordava das pontuações da terapeuta com poucas palavras. Os assuntos pareciam não se desenrolar e as informações se perdiam um pouco de uma semana para a outra. A jovem apresentava uma grande dificuldade para se expressar e quando conseguia, expunha seus pensamentos e sentimentos de forma rasa.

Caso 3

Olívia apresentou uma vivência do presente de forma expandida, do passado como pesar e do futuro como ameaça e portador de uma catástrofe.

A partir dos temas abordados pela paciente nos atendimentos e sua forma de lidar com eles, foi possível captar a vivência do presente de forma expandida, na qual o problema em questão costumava atingir grandes proporções, como se não houvesse solução.

As provas, os trabalhos, a densa carga horária e as situações oriundas desse contexto pareciam ser vivenciadas de forma tão intensa como se tomassem a vida da jovem a ponto de impedi-la de enxergar as coisas fora daquela situação:

“...por causa dessas duas provas (...) que eu tive ontem e eu estudei assim muito... durante o final de semana e aquela sensação de que, tipo, você não descansa nunca, que você nunca para, que você sempre tem prova pra fazer e aí eu fiz essas duas provas ontem e aí tem uma prova amanhã e aí daqui a uma semana tem uma prova gigantesca de anatomia (...) É muita coisa e... eu sempre fico presa nisso...”

“...e aí foram coisas assim que acabaram me deixando muito ansiosa, sabe? Aquela sensação de que ‘meu deus, só tem problema, acabei de chegar na faculdade’...”

No contexto da desigualdade social que permeia a vida da jovem, foi possível captar a vivência do presente expandido:

“...isso começou a me dar um desgosto assim da vida, de perceber que as pessoas que tavam ali, que deveriam de alguma forma tentar fazer com que a universidade seja um lugar mais democrático, eles (es)tavam preocupados em pautas muito elitistas...”

A vivência do presente de forma expandida também foi sentida na dinâmica da paciente com os seus relacionamentos. Parecia estar tomada por completo pelas situações que relatava e parecia, muitas vezes, andar em círculos. Os problemas vivenciados nesse âmbito pareciam sentidos por ela como se fossem terríveis e ela passava muito tempo das sessões tentando entender os detalhes dos acontecimentos.

“...‘você não tem um relacionamento?’, ‘tem algum problema com você’, ‘tem certeza que você é uma pessoa interessante e bonita o suficiente pra ter um relacionamento?’, ‘porque eu acho que se você não tem um relacionamento é porque você não é interessante, você não é bonita o suficiente’, sabe umas coisas assim? (...) essas

coisas vêm na minha cabeça e eu fico assim muito brava (...) tá vendo como é complexo? É muito complexo, acho que tem vários sentimentos em torno disso tudo..."

A paciente vivia de forma intensa as adversidades do presente, focava no lado mais difícil e os problemas vigentes pareciam ocupar tanto espaço na sua vida que, algumas vezes, transmitiam uma sensação de sufocamento.

Na relação da paciente com a terapeuta, a vivência do presente expandido foi sentida na jovem ao detalhar exaustivamente as situações, indicando sua importância para ela. Além disso, a repetição, não só dos temas, mas das ideias utilizadas na sua narrativa também pode remeter a essa vivência. Na maioria das sessões, a jovem falava sem muitas pausas, o que transmitia a sensação de que os acontecimentos narrados tomavam a sessão da mesma forma que tomavam a sua vida.

Além dessa vivência, também foi possível sentir na jovem uma vivência de antecipação do futuro, mas, ao invés de ele ser sentido como possibilidade e abertura, se mostrava como uma ameaça e portador de uma catástrofe, o que pode ser captado quando a jovem falava sobre a graduação:

"...perder o controle, não conseguir estudar, não conseguir ir bem nas provas, sabe? Eu fiquei muito preocupada nessa última semana com isso, sabe? Eu sempre fico presa nesse ciclo, sabe? de preocupação com as coisas da faculdade, com prova, com muita prova, com muita coisa pra fazer, cansaço acumulado, sem tempo pra descansar, sabe? (...) eu fiquei assim bastante presa nesse pensamento."

Como ela tinha feito alguns anos de cursinho para ingressar na faculdade, temia que possíveis intercorrências pudessem atrasar o curso ou que fossem um mau presságio:

"...saiu o resultado de uma prova que eu fiz, né e foi uma prova que eu fui bem mal, tipo, eu tirei quatro nessa prova (...) e aí vêm essas questões, né, de tipo, a responsabilidade da profissão 'nossa, você tirou quatro nessa prova, você vai matar o seu paciente, você vai ser uma péssima médica'..."

Nos relacionamentos amorosos, também foi possível sentir a vivência do futuro como ameaça. A paciente sempre esperava que o pior fosse acontecer, quando percebia que o parceiro tinha mudado algum comportamento considerado positivo por ela, já achava que ele tinha perdido o interesse e iria terminar o relacionamento.

A vivência do passado também se mostrou marcante, a paciente remoía alguns acontecimentos da sua vida e os colocava como sendo determinantes para o presente:

“...mas parece que eu ainda fico muito presa com isso tudo, sabe? Com o que aconteceu quando eu era criança ou com como foi minha vida, como isso foi determinante para todas as coisas que aconteceram comigo...”

“...eu tô num ambiente que me faz o tempo inteiro ficar pensando, tipo, nessas questões socioeconômicas, sabe? Tipo, eu tô num ambiente que me faz o tempo inteiro ficar pensando nisso ‘olha, você veio de um lugar diferente, olha a sua infância não foi igual tal pessoa, tal pessoa veio de uma realidade diferente’, sabe?”

Por muito tempo, ela tinha vivido experiências permeadas por sofrimento, principalmente devido à dificuldade financeira enfrentada pela família:

“...e a gente, enfim, vivia pra subsistência, num saía, num ia pro shopping, num fazia nada porque nunca tinha dinheiro, sabe?”

“...você ir pro cursinho, de você não ter, sei lá, dinheiro nem pra comer, entende?”

O passado sofrido fornecia insumos para a confirmação que coisas ruins aconteceriam no futuro, ou seja, o passado embasava de certa forma a sua tendência a esperar uma catástrofe. Esse movimento, muitas vezes, a impedia de viver coisas boas por estar esperando a chegada de coisas ruins.

O passado era sentido como responsável pelos problemas do presente, o que foi acompanhado em muitas sessões por uma amargura e por uma postura de remoer as situações, principalmente, no contexto da relação com os pais:

“...tava em casa querendo estudar, eu pedia silêncio e a minha mãe começava a gritar, falava ‘ah, não, vou fazer barulho mesmo, num sei o quê, para de ser chata’ (...) Ela queria que eu fizesse as coisas em casa, queria que eu ajudasse, que, sei lá, limpasse a casa inteira pra depois estudar...”

“...a minha mãe tratava ele (pai) muito mal quando ele tava com surto, sabe? E eu meio que tomei a responsabilidade de cuidar dele (...) minha mãe com todo aquele preconceito que ela tinha em relação à doença dele...”

“...toda vez que tinha que ir no médico eu ia com ele, então eu tentei levar ele no CAPS e eu levava ele no posto, sabe? E era pra tá estudando, mas tava nesse caos...”

Discussão dos casos

A pontuação das jovens na escala PHQ-9 foi: Mariana, 11, Lara, 15 e Olívia, 10, o que sugeriu, dentro dessa perspectiva, a presença de depressão moderada em Mariana e Olívia, e grave em Lara.

Tendo isso em vista, alguns sintomas comportamentais foram compartilhados pelas jovens, embora a frequência possa ter sido diferente: *“pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas”*; *“se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva”*; *“dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume”* e *“dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)”*.

No entanto, apesar das semelhanças percebidas nos sintomas comportamentais, as jovens apresentaram vivências do tempo singulares, tendo em comum a ausência do futuro sentido como abertura. A análise dos casos apresentados revela as vicissitudes e profundidades nas vivências temporais de cada paciente, fornecendo percepções valiosas para compreensão dos seus estados mentais. Mariana, Lara e Olívia manifestaram distintas relações com o tempo, destacando-se em suas narrativas a antecipação acelerada, a sensação de paralisação e a vivência do presente expandido, respectivamente.

Mariana, caracterizada por uma vivência acelerada do tempo, evidenciou uma constante projeção para o futuro, em que as metas profissionais se tornaram um meio de sacrifício no presente. Sua narrativa expressou uma luta constante contra a escassez de tempo, evidenciando uma dificuldade em habitar o presente de forma plena.

Por outro lado, Lara revelou uma perspectiva de futuro fechado, em que a sensação de paralisação temporal a impediu de vislumbrar possibilidades além do presente restrito. Sua vivência do tempo se caracterizou pela procrastinação e pela falta de perspectivas, gerando um ciclo de desesperança e apatia .

Já Olívia experimentou uma expansão do presente acompanhada por uma imersão total nas adversidades vigentes, refletida na sua narrativa. Os problemas do momento se ampliaram a ponto de obscurecer qualquer vislumbre de futuro positivo.

A partir desses resultados, foi possível perceber a importância de olhar os modos de existir e as vivências nos quais os sintomas comportamentais estão apoiados, como indicado no método fenômeno-estrutural, no qual Minkowski (1933/1973) se preocupou em compreender as estruturas que sustentam os sintomas apresentados pelos pacientes.

A utilização do instrumento PHQ-9, seguindo a visão da psicopatologia operacional-pragmática, apenas classificou os sintomas de depressão nessas jovens. O interesse na singularidade e no modo de existir de cada uma delas foi contemplado com a realização das análises fenômeno-estruturais.

Por fim, é válido ressaltar que essa discussão não se sustenta na aplicação da escala em uma única sessão comparada à realização de 30 sessões de psicoterapia, mas na reflexão sobre as vivências das jovens. Enquanto a primeira busca respostas rápidas, a segunda se preocupa em alcançar uma compreensão ampla, o que não depende do número de sessões realizadas. Corrobora com o pensamento de Minkowski (1966/1999), que defendia olhar com calma para os fenômenos estudados, usando o tempo que fosse necessário para sua contemplação fenomenológica.

Conclusão

Os resultados apresentados permitem afirmar que a visão hegemônica do adoecimento mental, representada neste artigo pela psicopatologia operacional-pragmática, possui significativas limitações para a compreensão aprofundada das pacientes, o que pode influenciar no tratamento e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas pessoas caso as vicissitudes de cada vivência pessoal não sejam cuidadas na relação terapêutica.

O reconhecimento das diferentes vivências do tempo destaca a importância de considerar a pessoalidade de cada experiência no processo terapêutico. Enquanto a abordagem operacional-pragmática se limita à classificação sintomática, a psicopatologia fenomenológica permite uma compreensão refinada, diferenciada e personalizada das vivências temporais de cada paciente.

Diante disso, pode-se concluir que a psicopatologia fenomenológica apresenta um papel relevante na discussão sobre o adoecimento mental. Para alguns fenomenólogos, ela pode ser uma alternativa a esse modelo vigente e, para outros, é possível a integração dessas duas perspectivas, o que pode enriquecer o tratamento ao considerar não apenas os sintomas comportamentais, mas também as vivências subjetivas, mais especificamente pessoais, do tempo. Com isso, abre-se espaço para intervenções terapêuticas mais adaptadas às necessidades específicas de cada paciente, promovendo uma abordagem completa e eficaz para o cuidado da saúde mental.

Apoio FAPESP, processo nº 2022/06740-5.

Referências

- Ales Bello, A. (2020). *O sentido do humano entre fenomenologia, psicologia e psicopatologia*. São Paulo: Paulus Editora.
- Antúñez, A. E. A. (2014). *Perspectivas fenomenológicas em atendimentos clínicos*. São Paulo: Novas Edições Acadêmicas.
- Araújo, A. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, 16(1), 67-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007
- Barthélémy, J. M. (2006). Importance et extension de l'approche qualitative dans la méthode phénoméno-structurale en psychopathologie. *Bull. Soc. Sci. Méd.* 2, 249-264.
- Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 1(40), 391-404. Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II). *APA PsycTests*. doi: 10.1037/t00742-000
- Binswanger, L. (1973). *Sobre Fenomenologia. Artículos y conferencias escogidas*. (Editorial Gredos, Ed). (Original publicado em 1923).
- Binswanger, L. (1987). *Mélancolie et manie: études phénoménologiques*. Paris: Presses Universitaires de France (Original publicado em 1960).
- Bloc, L., Souza, C., & Moreira, V. (2016). Phenomenology of depression: Contributions of Minkowski, Binswanger, Tellenbach and Tatossian. *Estud. psicol.*, 33(1), 107-116. doi: 10.1590/1982-027520160001000011
- Cavaletti, F., & Heimann, K. (2020). Longing for tomorrow: phenomenology, cognitive psychology, and the methodological bases of exploring time experience in depression. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19, 271-289. doi: 10.1007/s11097-018-09609-y
- Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Resolução nº 4, de 26 de março de 2020*. Brasília, DF.
- Costa, V. E., & Medeiros, M. (2009). O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de Eugène Minkowski. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 375-383. doi: 10.1590/S1413-73722009000200019

- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. São Paulo: Artmed.
- Faizibaioff, D. S., & Antúnez, A. E. A. (2015). O aspecto pessoal (vivido) em Minkowski como fundamento diagnóstico e metodológico da Psicopatologia Fenômeno-Estrutural. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 35(88), 39-58. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v35n88/v35n88a04.pdf>
- Fuchs, T. (2001). Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology*, 34, 179–186. doi: 10.1159/000049304
- Helman, Z. (1998). Psychopathologie phénomène-structurale et méthode de Rorschach: l'évolution d'un courant, ses développements actuels. *Bulletin de psychologie*, 51(434), 93-99.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia geral. Psicologia Compreensiva, explicativa e fenomenologia* (2ª ed.). Atheneu (Original publicado em 1911).
- Kocalevent, D., Hinz, A., & Brähler, E. (2013). Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 35, 551–555. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.04.006
- Minkowski, E. (1973). *El tiempo vivido: estudios fenomenológicos y psicológicos*. Fondo de Cultura Económica (Original publicado em 1933).
- Minkowski, E. (2019). Estudo psicológico e análise fenomenológica de um caso de melancolia esquizofrênica. *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 8(1), 64-83. doi: 10.37067/rpfc.v8i1.959
- Minkowski, E. (1923). Étude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 20, 543-560.
- Minkowski, E. (2000). *La esquizofrenia: psicopatologia de los esquizóides y los esquizofrénicos*. Fondo de Cultura Económica. (Original publicado em 1927).
- Minkowski, E. (1999). *Traité de Psychopathologie*. Les Empêcheurs de Penser en Rond, Ed. (Original publicado em 1966).
- Moskalewicz, M., & Schwartz, M. A. (2020). Temporal experience as a core quality in mental disorders. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19, 207-216. doi: 10.1007/s11097-020-09665-3
- Nasser, M. (1987). Psychiatry in Ancient Egypt. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 11, 420-422.
- Pessoti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.
- Ratcliffe, M. (2012). Varieties of temporal experience in depression. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(2), 114–138. doi: 10.1093/jmp/jhs010
- Resende, M. S., Pontes, S., & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546.

doi: 10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534

Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P., Silva, N. T. B., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*, 29(8), 1533-1543. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/w8cGvWXdk4xzLzPTwYVt3Pr/>