

**FAAT – FACULDADES  
PSICOLOGIA**

**JOYCE RANIERI DA SILVA**

**O MODO-DE-SER ESQUIZOFRÊNICO NA PSICOLOGIA  
FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL: UMA COMPREENSÃO A  
PARTIR DE MEDARD BOSS**

**ATIBAIA**

**2017**

**FAAT – FACULDADES  
PSICOLOGIA**

**JOYCE RANIERI DA SILVA – R.A. 1512102**

**O MODO-DE-SER ESQUIZOFRÊNICO NA PSICOLOGIA  
FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL: UMA COMPREENSÃO A  
PARTIR DE MEDARD BOSS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel no curso de Psicologia, da FAAT – Faculdades, sob orientação do Prof. Ms. Émerson Domingues Silva.

**ATIBAIA, SP**

**2017**

**CURSO DE PSICOLOGIA**

Termo de aprovação

**JOYCE RANIERI DA SILVA**

**O MODO-DE-SER ESQUIZOFRÊNICO NA PSICOLOGIA  
FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL: UMA COMPREENSÃO A  
PARTIR DE MEDARD BOSS**

Trabalho apresentado ao Curso de Psicologia, para apreciação do professor orientador Ms. Émerson Domingues Silva, que após sua análise considerou o Trabalho \_\_\_\_\_, com Nota \_\_\_\_\_.

Atibaia, SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Prof. Émerson Domingues Silva

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, ao meu pai Cícero e ao meu amado Eduardo, pois foram eles quem me acompanharam ao longo desta jornada com amor e gratidão.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois é dele que vem minha existência e conquistas. Através dele consigo ter gratidão pelas coisas e principalmente pessoas que estão a minha volta.

Ao meu pai, que desde o início me apoiou e jamais me deixou cair em momentos de fraqueza.

Aos meus colegas de turma, aos que já se formaram e aos que estão se formando comigo, pois todos nós estivemos no mesmo caminho.

Ao meu professor e orientador Émerson Domingues, pois foi com o auxílio dele que este trabalho se tornou possível.

E por fim, agradeço ao Eduardo Carreira meu amado namorado, que aguentou minhas crises de choro e secou minhas lágrimas ao longo deste ano, agradeço por toda paciência e por caminhar junto a mim, me apoiando e incentivando a todo o momento.

*“Segundo a definição dos estoicos, a sabedoria consiste em ter a razão por guia; a loucura, pelo contrário, consiste em obedecer às paixões; mas para que a vida dos homens não seja triste e aborrecida, Júpiter deu-lhe mais paixão que razão”.*

***(Erasmus de Rotterdam)***

## RESUMO

Por muito tempo acreditava-se que a psicanálise e a teoria cognitivo comportamental eram as únicas teorias que seria possível realizar uma análise efetiva com o ser humano. Mas Heidegger modificou esse olhar, mostrou ao mundo da psicologia que é possível olhar o ser humano em sua totalidade, não apenas seu comportamento ou o inconsciente, mas é possível compreender e escutar o homem como o todo, como ser-no-mundo. Este trabalho mostra como Medard Boss, seguidor de Heidegger, compreende e sustenta um caso sobre a esquizofrenia, mostra que só foi possível e eficaz o tratamento psicológico com a paciente a partir da maneira como a compreende, suspendendo suas teorias tradicionais e passando a entrar no mundo dela com a *daseinsanalyse*. Compreende suas atitudes e mostra a ela o motivo pelo qual suas alucinações se manifestam. Por fim, o trabalho mostra como é ser-no-mundo na teoria.

Palavras-chaves: Esquizofrenia, *daseinsanalyse*, ser-no-mundo.

## ABSTRACT

For a long time, it has been believed that the psychoanalysis and the cognitive behavioral theory were the only theories that could make possible to accomplish an effective analysis with the human being. But Heidegger modified this look, showed the world of psychology that it is possible to look to the human being in your totality, not just behavior or unconsciousness, but it is possible to understand and listen to the man, as being-in-the-world. This work shows as Medard Boss, follower of Heidegger, understands and stands a case about schizophrenia, shows that it was just possible and effective the psychological treatment with the patient from the manner she understands, suspending his traditional theories and getting into her world with the *daseinsanalyse*. Understands her attitudes and shows her the reason why her hallucinations are manifested. Lastly, the work shows how it is being-in-the-world in the theory.

Keywords: Schizophrenia, *daseinsanalyse*, being-in-the-world

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 CONCEITO HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA .....</b>	<b>14</b>
<b>2 O MODO DE SER ESQUIZOFRENICO A LUZ DA DASEINSANÁLYSE.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 A esquizofrenia para Medard Boss .....</b>	<b>22</b>
<b>3 ANÁLISE DE UMA SITUAÇÃO CLÍNICA: MEDARD BOSS E SEU MANEJO CLÍNICO NA LIDA COM A ESQUIZOFRENIA.....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>37</b>

## INTRODUÇÃO

A proposta desta pesquisa é compreender o modo-de-ser esquizofrênico a partir de uma visão fenomenológica-existencial, ou mais especificamente a partir do modo como Medard Boss compreende a esquizofrenia em sua prática clínica Daseinsanalítica.

A escolha deste tema surgiu como um grande desafio, ou seja, o desafio de poder aprofundar um pouco mais sobre um tema tão polêmico que é a esquizofrenia. Acredito que muitas pessoas assim como eu já ouviram falar que o ser esquizofrênico é louco e o tratam como aquele que não tem noção do mundo.

Por muitas vezes o esquizofrênico é chamado de louco por pessoas que nem ao menos se dão a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre do que se trata a esquizofrenia. Já proclamava Erasmo de Rotterdam “Digam de mim o que quiserem (pois não ignoro como a Loucura é difamada todos os dias, mesmo pelos que são os mais loucos)” (ERASMO, 2007, p. 11).

Ora, no desenvolvimento da clínica de Boss, a daseinsanálise serviu para enfatizar as noções de tonalidades afetivas. Tanto Binswanger quanto Boss – autores que propuseram uma daseinsanálise clínica com inspiração no pensamento filosófico heideggeriano – buscaram neste filósofo elementos para elaboração de suas daseinsanálises. (FEIJOO, 2011).

Feijoo (2011, p. 30) afirma que:

É o próprio filósofo que se refere à analítica do Dasein como a análise ontológica das estruturas da existência humana, em segundo momento, em seus Seminários de Zollikon (Heidegger, 1987/2001) aponta para a possibilidade de uma clínica psicológica com bases na fenomenologia hermenêutica (Feijoo, 2011, p. 30).

Feijoo (2011) ao relatar sobre a daseinsanálise diz que é um termo do qual não foi incluída e tampouco estudada no contexto da psicologia, esse termo é mantido em grupos pequenos, sem que haja uma grande divulgação ou aprofundamentos.

A fundamentação daseinsanalítica de Boss foi fundamentada por meio de três trabalhos que foram elaborados em um tempo de dez anos, esses trabalhos são: angústia vital, sentimento de culpa e libertação psicoterápica. Algumas questões que foram consideradas imprescindíveis do qual possibilita se pensar na clínica a partir dos pressupostos heideggerianos foram: a inseparabilidade do orgânico e do psíquico, a angústia e a culpa como fatores de suma importância no âmbito dos psicicamente doentes e o caminho para a libertação (FEIJOO, 2011).

Feijoo também aponta que além das questões já ditas acima, Boss pensou em muitas outras questões em psicologia, como o ser doente, os distúrbios psíquicos e a psicossomática, além dessas questões, ele também trouxe para a clínica a interpretação dos sonhos, dizendo que “aquele que sonha atribui ao sonhado” (FEIJOO, 2011).

A *daseinsanálise* de Boss toma como questões fundamentais as tonalidades afetivas que foram mais detidamente desenvolvidas por Heidegger [...] As tonalidades afetivas são determinantes do modo como experimentamos o mundo e, portanto, para o modo que nos encontramos em um espaço compartilhado. Enfim, são afinações da convivência que não só acompanham nossos atos como também determinam a temporalidade que acompanha as nossas ações Feijoo (2011, p. 33).

“A *daseinsanálise* apresentada por Boss tem como proposta a psicoterapêutica em que os fenômenos do existir possam mostrar-se a partir de si mesmo” (FEIJOO, 2011, p. 33). Assim, a totalidade e intensidade de existir se dá a partir de si mesmo com o mundo.

Sem dúvida, a clínica *daseinsanalítica* tomará a analítica do *Dasein*, tal como elaborada por Heidegger, para então proceder a uma *daseinsanálise* que consista no exercício ôntico da analítica. Ao se tomar o eu como abertura, ausência dinâmica em jogo com o mundo, e ao se assumir a fenomenologia hermenêutica como atitude interpretativa frente ao fenômeno, passa-se a estabelecer outra articulação para a psicologia a partir da fenomenologia e da hermenêutica. Inaugura-se, então, uma outra atuação clínica, ou seja, um novo comportamento clínico que, inspirado em Heidegger, recebe a denominação de *daseinsanálise* (FEIJOO, 2011, p. 34).

Embora Medard Boss tivesse algumas perspectivas psicanalíticas, Heidegger aprovou sua clínica *daseinsanalítica*. Enquanto Boss se importava com a existência humana, Freud se importava com o inconsciente, mas a proposta de ambos é usar a psicologia como um campo de exploração e compreensão do ser (FEIJOO, 2011).

Em *Daseinsanalyse e Esquizofrenia*: um estudo na obra de Medard Boss, Cardinali afirma que: “Ser-no-mundo é conhecido como a condição fundamental do existir humano” (CARDINALI, 2004, p. 11). Podendo assim interpretar que para o existir humano é preciso ser e se reconhecer dentro do mundo, obtendo relação com o outro, com o objeto e consigo mesmo, a partir de sua existência.

Heidegger vê o homem tendo sempre a possibilidade de uma aproximação e/ou distância do objeto ou com outro ser. E é da mesma forma que ele enxerga a doença, não apenas como sintomas e causas, mas como modo de existência no mundo, apenas quando o ser tem uma retração em aspectos efetivos de sua própria existência é que podemos dizer que

o ser está doente, que é o caso de uma pessoa esquizofrênica, ela tem limitações sobre o seu próprio existir (CARDINALLI, 2004).

“O estudo Daseinsanalytico das patologias para Boss requer esclarecer o início da natureza existencial de cada patologia, assim podendo-se ser compreendida através das diretrizes humanas” (CARDINALLI, 2004, p. 129).

Medard Boss acompanha o pensamento Heideggeriano do qual diz que o ser esquizofrênico não tem possibilidades de abertura e nem percepções ao outro, não há possibilidade de liberdade, além disso, ele reintera esta patologia dizendo que pode ser vista como modo-de-ser-no-mundo. (CARDINALLI, 2004).

Ainda, segundo Cardinali,

O esquizofrênico, segundo o autor, revela-se incapaz de se engajar no que se mostra na abertura do seu existir, pois não consegue responder aos apelos do que se apresenta no mundo conforme os significados habituais presentes para as outras pessoas e, sobretudo, por não poder deixar que coisas e pessoas simplesmente sejam no mundo (CARDINALLI, 2004, p. 131).

Cardinali (2004) fala que Boss acredita que a privação de abertura do esquizofrênico pode ser compreendida por dois modos: des-limitação e limitação.

Des-limitação: é o modo de existir do esquizofrênico do qual a abertura não tem limites em relação ao mundo, caracterizando a aproximação das coisas, das pessoas e de si mesmo, modo-de-ser do qual não há o limite (CARDINALLI, 2004).

Limitação: é a maneira que o esquizofrênico tem de se proteger de seu próprio aniquilamento. Na limitação o esquizofrênico se afasta do mundo, das pessoas e de si mesmo (CARDINALLI, 2004).

A única maneira que o esquizofrênico encontra para evitar a solicitação excessiva das pessoas e das coisas é mantendo-se rigidamente distante das relações com elas. Este modo de distanciar-se ou fechar-se em relação as solicitações do mundo é denominada, pelo autor, limitação, que é uma maneira de o esquizofrênico proteger-se da experiência de aniquilamento total, quando ele é intensamente absorvido por suas presenças (CARDINALLI, 2004, p. 149).

Medard Boss descreve a esquizofrenia em detalhes no texto: *O modo-de-ser esquizofrênico à luz de uma fenomenologia daseinsanalítica* publicado em 1977. Boss afirma que o modo-de-ser esquizofrênico atinge grande parte do mundo, afirma também que cerca de 1% da população mundial sofre desta doença e a população de classe baixa social é quem mais sofre com este fator. Houve diversas pesquisas científicas sobre o modo-de-ser

esquizofrênico, e a escola Alemã de Heidelberg é quem esteve sempre a frente dessas pesquisas (BOSS, 1977).

Os estudos levaram a duas possibilidades, uma delas é a questão física onde a esquizofrenia é tida a partir do próprio corpo, sendo uma doença somatogênica. A outra possibilidade é a psíquica sendo chamada como psicogênica. Há aqueles que acreditam também que possam ser uma junção das duas possibilidades. Embora tenham esses estudos, nenhuma das concepções que possibilitou uma compreensão fundamental de qualquer fenômeno (BOSS, 1977).

No texto de Boss citado acima, o psiquiatra descreve alguns casos clínicos de pacientes esquizofrênicos, casos estes que dizem a respeito ao modo das limitações e das delimitações da esquizofrenia. Tais casos serão elucidados nesta pesquisa.

A pesquisa como já dito a cima, tem como intuito explorar o conceito de esquizofrenia à luz de Medard Boss. Portanto, trata-se de uma revisão narrativa de literatura em que o trabalho se estruturará da seguinte forma:

No primeiro capítulo temos como proposta investigar a construção histórica do conceito esquizofrenia. No segundo capítulo, trataremos a esquizofrenia na abordagem fenomenológica-existencial, ou mais especificamente à luz do Psiquiatra suíço Medard Boss. No terceiro capítulo será feito uma crítica ao modo de como Boss entende a esquizofrenia. Haja visto algumas contradições no modo como este psiquiatra se apropria dos conceitos heideggerianos sobre o existir humano.

# 1 CONCEITO HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA

Para possibilitar uma melhor compreensão do que é a esquizofrenia e como ela se manifesta no ser humano, é preciso buscar conhecimento em sua história, é preciso saber quando surgiu, o porquê surgiu e como surgiu. Será a partir deste capítulo que exploraremos de onde vem essa patologia tão discutida nos dias atuais.

Neste sentido, temos como proposta iniciarmos a reflexão deste primeiro capítulo em torno do histórico da esquizofrenia a partir das contribuições de Michel Foucault. Utilizaremos como material bibliográfico seu livro História da Loucura. Acreditamos que esta obra nos auxiliará na investigação do tema proposto. Foucault relata inicialmente sobre os leprosos que, de uma forma indireta, eram os loucos, entre os séculos XIV ao XVII.

O leproso era submetido a conviver em casas específicas, essas casas eram chamadas de leprosários. Foucault (1997) relata que, na idade média havia inúmeros leprosários. Era em Paris, que os dois maiores leprosários se encontravam, um, era de Saint-Germain e o outro Saint-Lazare. Em determinado século houve o vazio nesses dois leprosários, Saint-Germain se tornou casa de correção para jovens e Saint-Lazare onde havia apenas um único leproso.

Foucault relata que

“Para um milhão e meio de habitantes no século XII, Inglaterra e Escócia tinham aberto, apenas as duas, 220 leprosários. Mas já no século XIV o vazio começa a se implantar: no momento em que Ricardo III ordena uma pericia sobre o hospital de Ripon (em 1342) ali não há mais leprosos, atribuindo ele aos pobres os bens da fundação. O Arcebispo Puisel fundara ao final do século XII um hospital no qual, em 1434, apenas dois lugares tinham sido reservados aos leprosos, caso se pudessem encontra-los (FOUCAULT, 1997, p. 8-9).”

Embora tivessem inúmeros leprosários, o número de leprosos diminuía a cada dia, ocorrendo a transferência de bens materiais desses leprosários para os hospitais, visto que em 1589 já não havia mais leprosos nas casas que lhe eram destinados, essas casas acabaram sendo povoadas por pessoas incuráveis e chamadas de loucos (Foucault, 1997).

Em uma visão cristã, os leprosos não passavam de uma manifestação gerada por Deus, mas a religião alegava que mesmo sendo servos de Deus, era preciso haver o distanciamento daqueles que eram sãos. Mesmo com esse afastamento os leprosos não deixavam de ter suas crenças e acreditavam que jamais seriam afastados de Deus. Acreditava-se, na época, que os leprosos seriam salvos pelo seu afastamento e era preciso que tivessem paciência com a doença e com a exclusão, pois somente assim iriam ter a salvação divina (Foucault, 1997).

Foucault lembra que nesta época a religião aconselhava aos doentes que tivessem “paciência com tua doença, pois o Senhor não te despreza por tua doença, e não se separa de sua companhia; mas se tiveres paciência serás salvo, como o foi o lazarento que morreu diante da casa do novo-rico e foi levado diretamente ao paraíso” (FOUCAULT, 1997, p. 10).

Logo em seguida, as doenças venéreas substituíram a lepra, sendo, esses novos pacientes recebidos em hospitais que antes eram leprosários. Eram inúmeros os pacientes que passaram a tomar o lugar dos leprosos, sendo preciso aumentar o quadro de hospitais. Para que pudessem assegurá-los de um tratamento exclusivo (Foucault, 1997).

A forma de tratamento para esses novos loucos ficou sendo a mesma forma de tratamento dos leprosos. Além de pessoas com doenças venéreas os pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas”, todos desde essa época já enfrentavam a exclusão social (Foucault, 1997).

Foram fundados dois hospitais, para tratamentos exclusivos desses novos loucos, é indicado um médico para que possa tratar somente desta nova doença, assim tornando-se este caso uma causa médica em toda a região. Essa doença venérea se instala ao decorrer do século XVI, é considerada um conjunto de juízos morais, mas a perspectiva não modifica a compreensão médica da doença (Foucault, 1997).

Foucault (1997) diz que, um novo fenômeno surge, e esse fenômeno é a loucura. O autor relata ainda que um novo objeto surge na paisagem imaginária da renascença, esse objeto se chamará Nau dos Loucos, um objeto que navega pelos rios localizados na região da Alemanha e dos canais flamengos.

Foucault relata que,

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. É esse ritual que, por esses valores, está na origem do longo parentesco imaginário que se pode traçar ao longo de toda a cultura ocidental? Ou, inversamente, é esse parentesco que, da noite dos tempos, exigiu e em seguida fixou o rito do embarque? Uma coisa pelo menos é certa: a água e a loucura estarão ligadas por muito tempo nos sonhos do homem europeu (FOUCAULT, 1991, p. 17).

Ainda sobre o que Foucault relatou, o louco era aprisionado no navio e levado para locais distantes, essa era a forma utilizada para mantê-lo distante da população, sendo

excluído da sociedade do qual nasceu. Assim, deu início a vivência da loucura no mundo, pois não sabemos por fim qual o fim trágico do louco nesta época.

Ao longo do tempo, a loucura passou por uma metamorfose de conhecimentos, diversos autores estudaram sobre o tema. Será possível conhecer e compreender o campo da loucura a partir de novos títulos, como a esquizofrenia, que é o nosso principal estudo em questão.

Antes de surgir o tema esquizofrenia, a doença era titulada como uma “demência precoce”, e este título foi proposto por Kraepelin, que era um dos principais psiquiatras da época. Propunha que as causas das doenças psíquicas eram causadas biologicamente e por algumas desordens genéticas (DA SILVA, 2006).

Dizer, porém, que o alucinado diferencia a alucinação da percepção não significa que ela seja tomada como uma falsidade, mas apenas que os critérios objetivos são insuficientes para descrevê-la em profundidade. Se a alucinação não tem uma validação objetiva, no sentido de ser apenas uma percepção falha, ela tem um valor existencial. É um fenômeno expressivo da existência, como qualquer gesto intencional, e, como tal, é provida de sentido. Ela é expressão da condição existencial do ser-no-mundo. Condição essa que se configura como um estreitamento do espaço vivido. Em outras palavras, a capacidade de habitar o mundo e transitar entre suas perspectivas encontra-se prejudicada (CAMPOS, 2002, p. 8).

A Demência Precoce titulada por Kraepelin, logo foi substituído pelo termo de esquizofrenia. No final do século XIX por Eugen Bleuler (1857-1939).

“A esquizofrenia para Bleuler partiu da ideia de que necessitaria fazer a junção das formas de transtornos tais como: hebefrenia, catatônica e paranóide, e foi através dessa junção que surgiu o grupo de esquizofrenia para Bleuler” (DA SILVA, 2006, p. 264).

Além desta junção feita por (BLEULER apud DA SILVA, 2006, p. 264), classificou a esquizofrenia em dois tipos (tipo I e tipo II) ou positivo/negativo. A esquizofrenia tipo I ou positiva, é caracterizada pelos sintomas de alucinações visuais e auditivas e delírios, e a esquizofrenia tipo II ou negativa é caracterizada por embotamento afetivo e pobreza de discurso. “Além de delírio e alucinações, o ser esquizofrênico tem a distorção da fala e do pensamento, tem déficits de cognição e comportamentos inesperados” (DA SILVA, 2006, p. 264 - 265).

A esquizofrenia trata-se de uma doença que afeta principalmente o próprio eu, alterando toda a estrutura vivencial do sujeito, causando déficits biopsicossociais prejudicando não apenas a si, mas as pessoas que vivem ao seu redor (ZANETTI & GALERA, 2007).

Quando ocorre o primeiro episódio, geralmente no final da adolescência, a família vive uma situação de estresse que desorganiza todo o grupo. A vida familiar é

interrompida e a trajetória pode ser modificada [...] O adocimento de um membro representa geralmente um forte abalo, sendo que seus componentes dificilmente se encontram preparados para enfrentá-lo e sentem-se incapacitados para realizar qualquer intervenção (ZANETTI & GALERA, 2007, p. 386).

Há estudos que mostram que o uso abusivo de anfetaminas também pode ocasionar reações sintomáticas da esquizofrenia. Essa alta dosagem ao ser ingerida pode influenciar um erro médico, ocasionando, contudo, uma medicação errônea ao paciente, sendo submetido a uso frequentemente de medicamentos, assim sendo capaz de colocar sua vida em risco (DA SILVA, 2006).

Graeff afirma que

A teoria dopaminérgica da esquizofrenia foi baseada na observação de que certas drogas tinham habilidade em estimular a neurotransmissão da dopamina (DA). Constatou-se que a droga psicoestimulante anfetamina, quando administrada em doses altas e repetidas, causa uma psicose tóxica com características muito semelhantes às da esquizofrenia paranóide em fase ativa. A semelhança é tão grande, que pode levar a erros diagnósticos, caso o psiquiatra ignore que o paciente tenha ingerido anfetamina. Sabe-se que essa droga atua nos terminais dopaminérgicos aumentando a liberação de DA, além de impedir sua inativação na fenda sináptica, por inibir o mecanismo neuronal de recaptação existente na membrana pré-sináptica. Assim, é possível que os sintomas esquizofreniformes - grande agitação psicomotora, alucinações auditivas, e ideias delirantes do tipo persecutório - sejam devidos ao excesso de atividade dopaminérgica determinada pela anfetamina. Com efeito, essas manifestações cedem rapidamente após a administração de neurolépticos bloqueadores dos receptores dopaminérgicos, sobretudo do tipo D2, ricamente distribuídos nos gânglios da base e áreas mesolímbicas. Além disso, alguns pacientes parkinsonianos tratados com L-DOPA, que aumenta a formação de DA, desenvolvem sintomas psicóticos semelhantes. Sabe-se ainda que o efeito antipsicótico de drogas como a clopromazina e o haloperidol deve-se a ação dessas drogas em bloquear a atividade dopaminérgica (GRAEFF, 1989, 2004, appud DA SILVA, 2006, p. 268).

O psiquiatra Helio Elkis (2012) relata que a esquizofrenia normalmente inicia-se durante o final da adolescência ou no início da fase adulta, os sintomas negativos são os que se manifestam primeiramente. O psiquiatra ainda diz sobre alguns medicamentos, afirma que há medicamentos mais antigos chamados de primeira geração, e os medicamentos mais recentes, chamados de segunda geração. Ainda diz que o ser esquizofrênico pode fazer uso de apenas um medicamento, pois não há provas de que a combinação de medicamentos possa causar mais efeitos. Nos casos em que o paciente não quer tomar a medicação, podem ser utilizadas as formas injetáveis de longa duração, também chamados antipsicóticos de depósito ou “depots” (ELKIS, 2012).

Elkis continua apontando que, nem em todos os quadros de esquizofrenia há a necessidade de internação clínica, apenas aqueles que causam perigo a sociedade e a própria

vida tem a necessidade de internação. Na maioria dos casos, a esquizofrenia é tratada com medicamentos, estes medicamentos variam de acordo com o grau esquizofrênico do sujeito (ELKIS, 2012).

Na década de 70, ocorreu o questionamento sobre os asilos para loucos e logo esses asilos foram fechados, assim como as paredes dos manicômios, o muro que separava os doentes mentais e o sofrimento psíquico da sociedade também caiu (GARCIA & ARAÚJO, 2014). Os autores Garcia e Araújo também relatam que com essa queda de paradigma as doenças foram inclusas nos manuais de diagnósticos como o DSM e o CID, abrangendo o número de doenças patológicas, sendo tratados como doença ou desordem mental.

A Organização Mundial da Saúde tem hoje uma classificação de referência para a descrição dos estados de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (DI NUBILA, 2008, p. 324).

Por mais de um século, a Classificação Internacional de Doenças vem sendo estruturada, primeiramente a fim de responder necessidades de conhecimento sobre as causas da morte. Seu uso foi se ampliando conforme o tempo para poder codificar situações de pacientes hospitalizados, depois consultas de laboratórios e atenção primária. CID-10 é a abreviação de “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” e essa é a denominação de sua décima revisão (DI NUBILA, 2008).

Como a CID-10 é uma publicação oficial da OMS, os países membros devem adotá-la para finalidade de apresentações estatísticas das causas de morte (mortalidade) ou das doenças que levam a internações hospitalares ou atendimentos ambulatoriais (morbidade). Hoje é a classificação diagnóstica padrão internacional para propósitos epidemiológicos gerais e administrativos da saúde, incluindo análise de situação geral de saúde de grupos populacionais e o monitoramento da incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde (DI NUBILA, 2008, p. 327).

Ao falar sobre a esquizofrenia, a CID-10 separa os sintomas atuantes da doença, assim, sendo possível manter um padrão a ser diagnosticado, segue abaixo, algumas indicações de como são separados alguns dos sintomas a partir da Classificação Internacional de Doenças – CID-10:

- (a) Eco no pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento (CID-10, 1993, p. 86).

- (b) Delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos de membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações, percepção delirante (CID-10, 1993, p. 86).
- (c) Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo (CID-10, 1993, p. 86).
- (d) Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas (Ex. ser capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com alienígenas de outro planeta) (CID-10, 1993, p. 86).

Os sintomas citados acima são apenas alguns entre os nove do qual a CID-10 relata.

Para que se diagnostique corretamente a esquizofrenia, é preciso obter pelo menos um ou dois dos sintomas, esses sintomas devem ser vistos de forma clara (CID-10, 1993, p. 86).

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 relata um pouco mais detalhado sobre cada característica específica sobre como se manifesta a esquizofrenia.

As características voltadas à patologia aparecem de forma pontual no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5 (2008). Um dos fatores está relacionado aos delírios, que são crenças fixas, considerados na maioria das vezes como bizarros e incompreensíveis pelas pessoas que não vivenciam a doença.

A alucinação como parte para a caracterização do sintoma, está relacionada às experiências semelhantes à percepção do indivíduo, sendo um estímulo externo, pois são convicções vividas de forma clara, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sobre o controle voluntário, porém podem acontecer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia e em transtornos relacionados (APA, 2008).

O comportamento motor grosseiramente desorganizado aparece como uma das cinco características descritas no manual e sua manifestação pode acontecer de várias maneiras, desde o comportamento tolo e pueril. O comprometimento pode ser observado em qualquer situação direcionada a um objetivo em que apresente dificuldades na realização de tarefas simples em seu cotidiano. Já o comportamento catatônico está relacionado aos movimentos estereotipados, ou seja, o indivíduo passa por uma manutenção de uma postura rígida, inapropriada ou bizarra, além de falta de respostas motoras, incluindo atividades motoras sem propósito e excessiva sem causa óbvia. Entretanto mesmo que a catatonia esteja associada á

esquizofrenia, os sintomas catatônicos são inespecíficos, podendo ocorrer em outros transtornos mentais (APA, 2008).

A última característica está voltada aos sintomas negativos, sendo o que respondem a uma porção de substâncias da morbidade associada à esquizofrenia, a expressão emocional diminuída está relacionada à diminuição da expressão das emoções pela face, nos movimentos dos membros, no contato visual e na fala. É possível notar uma redução em atividades motivadas que possuam uma finalidade, o indivíduo pode passar horas repetindo o mesmo movimento, como ficar sentado, sem apresentar interesse em participar das atividades profissionais ou sociais. Para um possível diagnóstico da esquizofrenia, duas ou mais das características descritas anteriormente devem ser pontuadas como sintomas recorrentes (APA, 2008).

A partir deste capítulo, foi possível estudar e compreender um pouco melhor sobre como surgiu a esquizofrenia e como ela é vista e diagnosticada nos dias atuais. No segundo capítulo, trataremos a esquizofrenia na abordagem fenomenológica-existencial, ou mais especificamente à luz do Psiquiatra suíço Medard Boss.

## **2 O MODO-DE-SER ESQUIZOFRÊNICO A LUZ DA DASEINSANÁLISE**

Antes de iniciarmos aqui uma investigação e estudos sobre a visão da esquizofrenia segundo a clínica daseinsanalítica de Medard Boss, é importante falarmos a priori, sobre como surgiu esta clínica e sobre a vida de nosso autor em específico. Será através desse estudo que poderemos aqui relatar melhor, como e para que surgiu o termo daseinsanálise.

Medard Boss foi um dos grandes privilegiados quando estudou na universidade de Medicina em Zurique, esse privilégio se deu pelo fato de ter tido a oportunidade de conhecer os maiores nomes da psiquiatria e psicanálise da época, como Sigmund Freud, Carl Jung, Eugen Bleuler, H. W. Maier, Ludwig Binswanger e não poderia deixar de lado nada menos que Martin Heidegger (CARDINALLI, 2004).

Com a ajuda do pensamento de Binswanger do qual acredita que a visão de Heidegger seria muito válida para uma nova base de psiquiatria e importante para a medicina, Boss se aproximou um pouco mais do pensamento heideggeriano, principalmente quando Heidegger fala sobre o ser-no-mundo. O pensamento de Heidegger mostra que a aplicação do método científico natural não basta para compreender o homem em sua totalidade, assim, Boss diz que é preciso conhecer o homem a partir de sua experiência com o mundo, não apenas como a psicanálise vem mostrando, que é a partir de sonhos e o inconsciente (CARDINALLI, 2004).

Ao aprofundar-se mais nas ideias de Heidegger, Boss resolveu desenvolver sua própria daseinsanálise, procurando afastar-se da daseinsanálise psiquiátrica proposta por Binswanger. Binswanger, por sua vez, teve sua daseinsanálise criticada por Heidegger, visto que não havia compreendido com clareza suas ideias entre o que seria ôntico e o ontológico. Binswanger ao compreender e aceitar as críticas feitas por Heidegger resolve então modificar de psiquiatria daseinsanalítica para a fenomenologia antropológica (CARDINALLI, 2004).

Diferentemente de Binswanger, que se preocupa com o esclarecimento patológico, Boss enfatiza o mundo como possibilidade para ser. Evita o esboço de mundo alterando para o termo de âmbito da abertura (CARDINALLI, 2004).

Boss diz que as teorias da patologia da psiquiatria clássica são decorrentes do pensamento da Ciência Natural, pois seguem um modelo de pesquisa científica que tem como critério a objetividade e a mensurabilidade. Aí o ser humano é concebido de modo análogo aos objetos da natureza e as patologias pensadas segundo os substratos orgânicos, as descrições sintomáticas isoladas, sendo a natureza das patologias definida de acordo com determinações causais estabelecidas entre o substrato orgânico e os sintomas patológicos (CARDINALLI, 2004, p. 46).

Ainda para Boss, a doença não deixa de ser uma entidade circunscrita e isolada da totalidade do existir humano, ela é explicada a partir dela mesma. O adoecer poderia restringir-se apenas em descobrir a evolução, mecanismos e determinações da doença (CARDINALLI, 2004).

## 2.1 A esquizofrenia para Medard Boss

Segundo a visão daseinsanalítica de Medard Boss, acredita o autor que a psiquiatria clássica não é capaz de esclarecer os fenômenos ocorrentes pela doença, uma vez que definem como base os sintomas e os classificam, busca de esclarecimento sobre a natureza da doença por meios de pesquisas etiológicas, com determinantes orgânicos ou psíquicos, genético e hereditário, ou até mesmo fatores ambientais (CARDINALLI, 2004).

Boss questiona a concepção de homem psicanalítica, que pensa a experiência humana com base em uma noção de um psiquismo encapsulado e separado do mundo. Para o autor, esta noção, que está apoiada na divisão cartesiana em que as coisas do mundo são separadas do sujeito, apresenta um grande problema para o entendimento das experiências sadias e patológicas, pois não esclarece como o mundo afeta o homem e como o homem atinge o mundo (CARDINALLI, 2004, p. 48).

De modo geral, as críticas feitas por Boss à clínica psicanalítica, procura destacar a influência do pensamento científico, não é à toa que o autor propõe que as explicações de Heidegger são mais adequadas a uma explicitação do existir, oferecendo fundamentos mais adequados para o entendimento dos fenômenos humanos (CARDINALLI, 2004).

No que se refere à teoria psicanalítica da esquizofrenia, Boss destaca sobretudo dois aspectos que estão subjacentes ao pensamento freudiano: esta concepção pressupõe a existência de uma realidade objetiva e externa independente do homem, e ela não apresenta uma compreensão suficiente sobre a linguagem humana (CARDINALLI, 2004, p. 50).

Para Freud, a esquizofrenia regride à organização libidinal, desta forma os objetos do mundo externo são descaracterizados, resultando na perda da realidade. Boss, por sua vez, questiona esse pensamento de Freud acerca da existência do mundo externo, existindo independentemente do homem, do qual o ponto de vista daseinsanalítico é denominado mundo exterior (CARDINALLI, 2004).

O autor assinala que nos diversos modos de existir do homem, seja do psicótico, seja das pessoas em geral, o que difere é a maneira como o mundo se apresenta para cada um deles. Assim, considera que a compreensão das alucinações, segundo a diferenciação entre real e irreal, é insuficiente, por não esclarecer a qualidade específica entre estes dois modos de relacionamento com o mundo (CARDINALLI, 2004, p. 51).

Segundo a autora CARDINALLI, em sua obra “DASEINSANÁLYSE E ESQUIZOFRENIA – Um estudo na obra de Medard Boss”. Boss critica de certa forma os manuais de classificação às doenças, como o CID 10 e o DMS IV. Relata que a psiquiatria clássica está e a psicanálise estão marcadas pela corrente americana, com a adoção de critérios mensuráveis. Diz ainda, que a psiquiatria contemporânea prioriza um pragmatismo, tanto na elaboração de seus manuais classificatórios quanto nos critérios de desenvolvimento das pesquisas e na atuação da psiquiatria (CARDINALLI, 2004).

O autor entende que a medicina contemporânea é confrontada com um extraordinário paradoxo, pois, se a orientação genética causal permite sucessos terapêuticos sem precedentes, ela se torna ao mesmo tempo patogênica, volta-se contra o que é específico e próprio do homem, já que o sucesso prático dessas abordagens tem levado a crença de que o estudo da patogênese constitui o único caminho para a compreensão adequada dos fenômenos patológicos (CARDINALLI, 2004, 56).

Boss acredita ser de grande importância revisar o modo que se deu a importância de atribuições às perspectivas genéticas, causal ou motivacional, afirma ainda que não há etiologia suficiente que possa explicar o comportamento humano patológico, como o fenômeno que ele é (CARDINALLI, 2004).

Para um estudo das doenças Boss ainda pressupõe que, os estudos dos comportamentos sejam realizados de forma a se preservar as características do existir humano, considerando necessário esclarecer o que é o fenômeno humano, investigando de tal modo que o próprio fenômeno patológico se torne visível e as investigações da origem das doenças seja pensada segundo uma gênese motivacional (CARDINALLI, 2004).

Medard Boss também acompanha o pensamento Heideggeriano do qual diz que o ser esquizofrênico não tem possibilidades de abertura e nem percepções ao outro, não há possibilidade de liberdade, além disso, ele reintera esta patologia dizendo que pode ser vista como modo-de-ser-no-mundo (CARDINALLI, 2004).

Cardinalli (2004) fala que Boss acredita que a privação de abertura do esquizofrênico pode ser compreendida por dois modos: des-limitação e limitação.

Des-limitação: é o modo de existir do esquizofrênico do qual a abertura não tem limites em relação ao mundo, caracterizando a aproximação das coisas, das pessoas e de si mesmo, modo-de-ser do qual não há o limite (CARDINALLI, 2004).

É na des-limitação que aparece a incapacidade do sujeito de se defrontar com aquilo que lhe aparece, ficando o mesmo sujeito entregue aquilo que lhe apresenta, o mundo se manifestando de forma superabeta. É a partir dessa forma que tudo ocorre com extremismo, ou sua vivencia se torna muito feliz e com entusiasmo ou vive com grande medo e perigo (CARDINALLI, 2004).

Na des-limitação esquizofrênica, a aproximação das coisas, das pessoas e de si mesmo apresenta-se com o caráter da falta de limite [...] A incapacidade de assumir suas possibilidades num ser-si-mesmo autônomo faz com que, frequentemente, o existir esquizofrênico ocorra no modo de “estar fora de si mesmo”. Assim, o doente sente “o que se mostra a ele como estranho e imposto de fora” (CARDINALLI, 2004, p. 133).

Boss acredita que a des-limitação esquizofrênica se mostra em duas facetas, uma, mostra a incapacidade que o esquizofrênico possui de manter uma relação livre consigo mesmo e ao mundo que lhe é apresentado. A outra faceta é a falta de limite que coincide frequentemente com a permeabilidade que possibilita o acesso de ser o que são (CARDINALLI, 2004).

Para Boss, a des-limitação do esquizofrênico permite que alguns pacientes se aproximem do sentido do ser das coisas, que se encontra habitualmente encoberto no viver cotidiano. No entanto, sua impossibilidade de suportar a percepção do manifestar-se desta dimensão fundamental é o que diferencia de artistas, poetas e filósofos. Como o esquizofrênico não tem condições para suportar o percebido, fica a mercê da exorbitância do que se manifesta e sucumbe diante desta. Boss utiliza uma analogia para esclarecer esta experiência esquizofrênica, ao dizer que o homem vive em seu cotidiano como se tivesse um “filtro protetor”, que não aparece nesses pacientes em relação a esta manifestação (CARDINALLI, 2004, p. 134).

Já a limitação, por sua vez, é a maneira que o esquizofrênico tem de se proteger de seu próprio aniquilamento. Na limitação o esquizofrênico se afasta do mundo, das pessoas e de si mesmo. O esquizofrênico encontra na limitação uma forma de se proteger daquilo que se manifesta em seu mundo (CARDINALLI, 2004).

A limitação é uma maneira de o esquizofrênico se proteger do aniquilamento de si mesmo, a qual ao mesmo tempo, mostra um aumento da restrição da liberdade de realizar o seu existir, uma vez que, além de ele ficar submetido às significações específicas das coisas ou das pessoas, também se fecha a algumas dimensões do seu existir (CARDINALLI, 2004, p. 134).

Os fatores de des-limitação e limitação se caracteriza pela possível realização do existir, apresentando que as perturbações do ser aberto são coexistentes e independentes. A

infância, permanece presente no ser esquizofrênico, esse comportamento infantil se caracteriza às possibilidades efetivas de relacionamento o esquizofrênico pode tomar para si (CARDINALLI, 2004).

Boss, baseando-se nas suas observações de pacientes, diz que os esquizofrênicos são ainda mais fortemente submetidos às solicitações das pessoas de sua convivência, do que a das coisas que se apresentam em seu mundo. Observa, também que suas atitudes mostram que muitas vezes eles copiam os comportamentos de seus pais e, assim, não desenvolvem suas próprias possibilidades. Ou seja, o modo de existir esquizofrênico, caracteriza pela submissão às solicitações das coisas e das pessoas, não favorecem o desenvolvimento de “ser-si-mesmo” mais pertinente consigo, que lhe permita se relacionar com tudo o que se apresenta do mundo de uma maneira mais pessoal e própria (CARDINALLI, 2004, 137).

Através de uma visão geral, é possível notar que a esquizofrenia para Medard Boss, se dá a partir de como o ser esquizofrênico vivencia no mundo e com o outro, possibilitando a si mesmo não deixar o seu existir desaparecer. Em contrapartida, no próximo capítulo, irei trazer casos clínicos, em específico um caso realizado por Medard Boss.

### **3 ANÁLISE DE UMA SITUAÇÃO CLÍNICA DASEINSANALÍTICA: MEDARD BOSS E SEU MANEJO CLÍNICO NA LIDA COM A ESQUIZOFRENIA**

No capítulo anterior utilizamos, de forma bastante considerada, os estudos da autora Cardinali para compreendermos a esquizofrenia em Boss no seu aspecto mais conceitual. Cardinali é uma das primeiras autoras brasileiras a se propor a estudar as obras de Medard Boss para compreender o que este psiquiatra suíço diz sobre a esquizofrenia. Nossa proposta agora é ir a Medard Boss, mais precisamente no seu artigo intitulado “O modo-de-ser esquizofrênico a luz da Daseinsanálise” para compreendermos como este autor lida com a questão da esquizofrenia. Ou, em outras palavras, pretendemos fazer uma leitura direta nos escritos de Medard Boss. Também temos como proposta neste terceiro capítulo analisar uma situação clínica apresentada pelo autor, bem como entender como a esquizofrenia é tematizada e tratada em sua clínica Daseinsanalítica. Com isto, nossa intenção é analisar o caso clínico de Boss intitulado “A paciente que ensinou o autor a ver de um modo diferente”. Acreditamos que esta situação clínica nos trará elementos para compreendermos melhor como Boss tematiza e lida com a esquizofrenia.

A paciente a qual iremos estudar é chamada de Dra. Cobling

Cresceu na atmosfera de uma comunidade rigorosamente ascética, caracterizada por uma excessiva preocupação com a mortificação da carne e com tudo o que a ela se relacionava. Uma autoimagem extremamente rígida, inculcada desde a sua infância, impunha-lhe total abnegação e ilimitado sacrifício ao dever. Sob imposições cruéis, em virtude de sua excepcional inteligência, por uma indomável vontade e uma resoluta autodisciplina, conseguiu chegar à direção médica de um importante sanatório psiquiátrico, o que lhe exigiu a superação de consideráveis dificuldades externas (BOSS, 1963, p. 139).

Por muito tempo, a paciente sacrificou-se a serviço deste sanatório psiquiátrico. O sacrifício e a doação de si mesmo a instituição foi de tamanha intensidade que aos trinta e seis anos de idade, antes de iniciar sua análise, esteve à beira de um colapso total (BOSS, 1963).

A paciente sofria crises depressivas desde a sua juventude, crises essas que duravam meses, sendo atribuídas pelos médicos de distúrbios endógenos. Por muito tempo, a paciente conseguiu superar as crises que tinha sem auxílio externo, mas isso mudou quando o seu pai veio a falecer. Desde então, suas crises foram piorando visivelmente.

Sua vida interior sofreu também um extremo empobrecimento: tornou-se incapaz de qualquer tipo de sentimento, até chegar a uma espécie de petrificação espiritual; não conseguia mais pensar, era incapaz de reter ou captar o que lia; perdeu toda a iniciativa e toda a capacidade de concentração, podendo ficar horas a fio fitando

fixamente o espaço, vazia de pensamento e fora de qualquer noção de tempo. Sofria de insônia e tensão. Com muita dificuldade, conseguia exercer apenas as atividades rotineiras devido à sua surpreendente força de vontade e com a ajuda de fortes sedativos. Um acentuado tremor das mãos, fino e rápido, e uma dilatação máxima das pupilas evidenciavam um alto nível de ansiedade. A própria paciente relutava em admitir esses fatos. Uma estranha compulsão ao suicídio dominava-a, tornando-se quase irresistível devido à insistência da ideia. Estava, sem dúvida, em um estado pré-psicótico altamente precário (BOSS, 1963, p. 139-140).

E então, quando se sentiu frágil e percebeu que não havia nem ao menos força física para dominar seus impulsos autodestrutivos, a Dra. Cobling resolveu iniciar sua análise com Boss. Boss por sua vez, teve a princípio a grande percepção e manejo de encorajar sua paciente a parar de ser tão orgulhosa e de levar sua autoviolentação ao extremo, encorajou-a também em admitir sua incapacidade para trabalhar naquele momento, visto que toda sua vida foi voltada ao trabalho e a rigidez (BOSS, 1963).

Ao seguir aquilo o que Boss propôs não se voltar apenas ao trabalho, mas sim voltar-se a si mesma, a paciente começou a ter seus primeiros sintomas psicóticos, os mesmos eram mostrados ao psiquiatra através de desenhos nas sessões.

Em plena luz do dia, rostos e um rebuliço de máscaras elétricas deformadas começaram a mover-se diante de seus olhos. Inicialmente, essas figuras tinham as feições daquelas senhoras rabugentas com quem convivera durante a juventude e que eram companheiras de sua mãe [...] Entretanto, não só a visão da paciente foi afetada por elementos estranhos e misteriosos, também a sua audição” não era como antes. Dizia a seu psiquiatra que os mais simples sons tinham um significado misterioso: o zunido de um avião distante, o estrondo de uma motocicleta passando pela rua, o cair dos pingos de chuva sobre o telhado, o rangido da cadeira quando o psiquiatra se mexia. Ouvia, o tempo todo, presságios ameaçadores de um desastre iminente, de uma catástrofe pendente e horripilante. Podia sentir o mundo prestes a entrar em dissolução. Eu não consigo fazer mais nada, a não ser escutar ansiosamente cada som até que ele tenha sumido. Esses sons me consomem totalmente. Todo o meu ser está concentrado nos meus ouvidos, e estou tão comprimida neles que meus ouvidos chegam literalmente a doer; meus músculos temporais e da mastigação e o meu pescoço ficam tensos como pedras. ” Esta era a sua própria descrição. (BOSS, 1963, p. 140-141).



Boss, ainda tinha esperanças de poder falar racionalmente com a paciente, levando em consideração a vasta inteligência da mesma. Tentou algumas formas de análise e explicações para provar o que ocorre com a paciente, mas no início não obteve muito êxito em suas tentativas.

Ele tentaria fazer com que a paciente se afastasse dos horríveis fenômenos visuais e auditivos, chamando-os de meras alucinações sem nenhuma realidade. Ele chegou até a dar um passo a mais, em seu esforço racional, e classificou as expressões alucinatórias de distúrbios metabólicos nos tecidos cerebrais. Acrescentou que se a paciente quisesse ter provas de sua explicação, bastaria examinar as curvas bastante agitadas do seu eletroencefalograma. Para espanto do médico, a paciente simplesmente riu dessas explicações naturalistas e, desdenhosamente, deu de ombros. “Como se poderia pensar” – retrucou ela insolentemente – que uma simples percepção ou pensamento humano, seja comum ou incomum, pudesse ser inteligivelmente derivado de processos fisiológicos do metabolismo corporal, de quaisquer funções nervosas ou das assim chamadas atividades nervosas superiores’ que acontecem simultaneamente? ” E ela continuou perguntando: como o médico conseguia visualizar tal transformação dos processos físicos em fenômenos imateriais e mentais? Talvez como um tipo de evaporação mágica? (BOSS, 1963, p. 145).

Boss percebendo o desdenho da paciente perante sua análise tradicional, resolveu explicar-se em detalhes sobre aquilo o que gostaria de relatar de fato, falando tudo aquilo o

que sabia e aprendeu nos mais conceituados e renomados livros de medicina fisiológica, mas não deu muito certo, a paciente recusou-se a acreditar na efetividade daquilo o que o psiquiatra lhe falava. Boss, percebendo a importância de modificar seu manejo clínico, pensou em realizar a *Análise do Dasein*, que não tinha nenhum pouco de psicologia tradicional, mas sim, via a paciente como um todo, tendo a possibilidade de olhar para si mesmo (BOSS, 1963).

O médico recordou a primeira aparição das assim chamadas alucinações auditivas da paciente. Nesse aspecto também tinha esperança de poder penetrar mais profundamente em sua condição psicótica. Ela tinha que se concentrar para poder ouvir de forma mais atenta possível o menor ruído, como se pairasse no ar uma mensagem pronta para ela, predizendo um inominável horror, algo repleto de desastres. Esse algo, pavoroso e indizível, soterrava-a na forma de uma crescente tensão, invadindo intensamente seus ouvidos, até que, finalmente, ficasse reduzida a eles. O ouvido e a região corporal circundante tornavam-se doloridos e espasticamente contraídos. Na verdade, não era nada específico, mas um horror indescritível, e uma iminente transformação de tudo em nada que, finalmente, libertaria o murmúrio dos pingos de chuva, que a repreendiam com insinuações sobre a sua devassidão (BOSS, 1993, p. 147).

Diante aos relatos da paciente, o autor critica as visões psicanalíticas partindo de uma visão a qual não se é possível chegar, o inconsciente, sendo que aquilo o que é mostrado é todo e somente acerca da paciente, dirigi-se a ela de nenhum lugar e ao mesmo tempo de todo lugar, mas nunca do interior de sua psique individual, Boss (1963), a paciente é uma relação de si com o mundo, exatamente sendo o modo-de-ser que se manifesta.

A partir da *Análise Daseinsanalítica* sobre este caso clínico, o autor faz uma relação entre a esquizofrenia da paciente com sua vida erótico-corporal com relação ao mundo em que ela vivencia. Essa relação só foi possível a partir das alucinações visíveis e auditivas relatadas pela própria paciente.

Boss, ao utilizar a *Análise Daseinsanalítica* percebeu que a paciente teve uma vida rígida, sem possibilidade de expressar sua liberdade de desejos, as imagens que desenhava eram referências de proibições erótico-corporais. Desde sua infância, foi proibida de expressar suas possibilidades, tendo que seguir rigorosamente às alienações sobre os relacionamentos, assim, não sabendo lidar com todas essas situações que agora geram seus conflitos internos (BOSS, 1963).

Entretanto, justamente por proibirem, as alucinações se referem exatamente à coisa que proíbem, por exemplo, à esfera erótica-corporal da vida humana. Como a paciente nunca fora capaz de apropriar-se dessas possibilidades eróticas de amor, não tinha sido capaz de aceitá-las como realmente pertencentes ao seu self responsável. Portanto, um relacionamento livre com todos estes fenômenos do nosso mundo, mais especialmente com um homem enquanto parceiro sexual amado, permanecera inatingível. Desde a sua infância, fora rigorosamente treinada para se alienar dessas possibilidades de relacionamento, que, todavia, constituíam parte de sua existência. Elas haviam sido consideradas incompatíveis com a

dignidade humana, pecaminosas, perigosas. Fora estimulada a ser pragmática, desapegada, desapaixonada e objetiva, inteiramente ocupada em perseguir de forma competente objetivo que só poderiam ser atingidos por um exercício sistemático de pensamento. O resultado inevitável foi uma exorbitante sobrecarga das suas faculdades intelectuais (BOSS, 1963, p. 147).

Boss (1963) relata que tudo o que a paciente não viveu e reprimiu em sua infância, estava se manifestando em sua atualidade. Relatou também que seus âmbitos físico-sensuais do mundo humano não haviam sido admitidos livremente pela própria paciente, assim, sua consciência manifesta de forma auditiva e visual, como exemplo as máscaras que a espionavam de forma alucinatória e paranoica, e tudo aquilo o que se recusava a ver ou ouvir, e até mesmo vivenciar em sua vida. De certa forma, Boss propôs a paciente que deixasse que esses espiões fosse até ela, assim ela veria qual de fato eram os desejos deles, podendo descobrir também o que lhe aconteceria.

Graças a confiança e o vínculo obtido, a paciente passou a suportar um pouco mais suas alucinações, de forma que passou a aceitar os insultos das beatas, insultos esses que a chamavam de prostitutas e mulher assanhada, e suportou também a agressividade dos espiões, visto que a torturavam, perfuravam seu corpo e serravam suas pernas na altura dos joelhos (Boss, 1963).

O psicanalista, por sua vez, foi recompensado com uma descoberta totalmente nova. Primeiramente, a paciente pôde sonhar que tinha que assumir a direção do serviço de neurologia de um grande hospital. Lá, encontrou uma menininha com meningite. No sonho, a paciente percebeu de imediato que a única esperança de salvar a menina seria através de uma prolongada drenagem do fluido cérebro-espinhal. No estado de vigília, a paciente, surpreendentemente, viu um paralelo entre essa drenagem do sonho e a drenagem analítica à qual estava se submetendo. Dois curtos aspectos desse sonho chamaram a atenção do analista. Ele notou que aquela que no sonho se encontrava tão doente e tão necessitada de tratamento era uma criança e que, além disso, a doença localizava-se em sua cabeça: ela sofria de meningite. Ele se absteve temporariamente de comentar o fato. No entanto, pouco tempo depois, rostos de meninas começaram a se misturar com as percepções óticas de seu estado de vigília e, em seguida, rostos de sadios bebês começaram a aparecer (BOSS, 1963, p. 149).

Neste caso, é possível perceber a efetividade de Boss ao tratar a paciente, pois as alucinações que tinha de rostos de senhoras e espiões alteraram-se para rostos de crianças sadias.



Para o analista essa alteração de imagem significou um ótimo sinal, pontuou à paciente a diferença entre as máscaras distorcidas e maliciosas dos adultos para a feição atual das crianças, aparentemente sadias e radiantes de fé e de confiança. Perguntou à paciente se essas novas imagens não faziam parte de seu mundo que permaneceu feliz e saudável (BOSS, 1963).

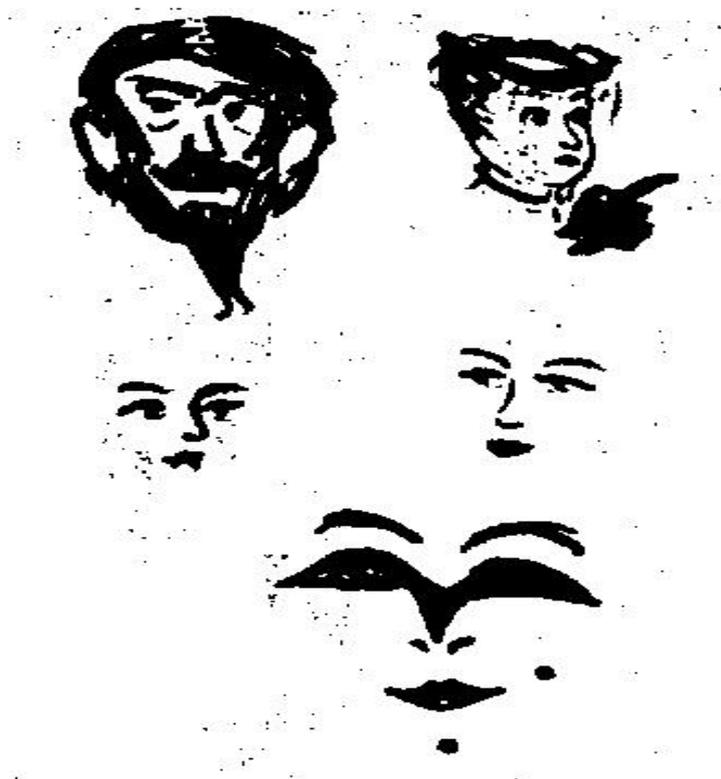
Uma vez que ela estava aberta para perceber essas crianças normais, não seria possível presumir que, fundamentalmente, ela também poderia viver como uma criança normal e feliz? Já que essa maneira de comportamento talvez correspondesse a seu self próprio e autêntico, o que aconteceria caso, na análise, ela se permitisse ser essa pequena criança, totalmente despreocupada e sem repressões? Se ao agir assim ela se sujeitasse à regra básica da análise, de dizer tudo, será então que não teria início a necessária drenagem da criança doente de seu sonho? Talvez, dessa maneira, a inflamação de seu cérebro – devida muito provavelmente à estafa intelectual – pudesse também desaparecer (BOSS, 1963, p. 151-152).

Com essa abordagem feita pelo analista (BOSS, 1963), a paciente acabou deixando de lado toda a sua maturidade mental, e trouxe à tona toda sua vida infantil que não havia vivenciado anteriormente. Foi como se ela tivesse recebido uma permissão do analista para poder ser criança, as cobranças profissionais e pessoais foram deixadas de lado para vivenciar algo novo, assim surgindo uma nova paciente dentro e fora do setting terapêutico.

A paciente começou a brincar com seus próprios excrementos, sujava-se com suas fezes, até que em certo ponto ela levou uma mamadeira para a sessão de análise. Deitada no divã a mesma chupava a mamadeira como se realmente fosse criança, e em sua concepção ela era de fato uma criança, o analista sustentou sua abordagem a ponto de amamentá-la enquanto a paciente ficava encolhida no divã, e por algumas sessões foi o que ocorre, o analista amamentava a paciente quando solicitado (BOSS, 1963).

Em um determinado momento (BOSS, 1963), as alucinações e sentimentos de perseguição retomaram a paciente. Via uma senhora com olhar desdenhoso a seguindo em um concerto que iria com o analista. Essa mesma senhora sentou-se ao seu lado, e então a paciente aguardava o momento em que o maestro do concerto e esta senhora iriam acabar com o mundo. Passou então, a duvidar de todos e a ter medo de que algo ruim pudesse acontecer.

As imagens de bebês que a faziam sentir paz e tranquilidade sumiram fazendo com que retomassem as velhas imagens das senhoras e máscaras. De forma rápida, as imagens distorcidas e demoníacas foram dando espaço a novas imagens, desta vez, não mais de bebês, mas sim de uma mulher bonita e elegante (BOSS, 1963).



A paciente não percebeu o que estava acontecendo, mas o analista sim. Percebeu-se novamente que essas imagens estavam relacionadas aquilo o que a paciente não pôde vivenciar.

Juntos, a paciente e o analista encontraram um nome para essa bonita máscara: "Dama do Carnaval". O terapeuta ousou perguntar se este novo rosto não poderia representar uma esfera da vida da qual ela sempre havia se excluído (o lado relacionado com as potencialidades eróticas e femininas de mulher adulta) e que agora estaria tentando se revelar. Logo depois, foi invadida por rostos de meninas, nebulosos e indefinidos, parecendo abertos a tudo, e que sua mão transmitiu automaticamente ao papel. A seguir, para sua grande surpresa, figuras de prostitutas esboçaram-se no bloco de desenho (BOSS, 1963, p. 155).



Assim, como ocorreu anteriormente com a paciente, quando seu comportamento se infantilizou, desta vez ocorreu o mesmo, mas seu comportamento e sua maneira de ser se tornou um âmbito feminino e maduro. Esta abertura de si mesmo possibilitou a paciente entrar em contato com ela mesmo, passando a se produzir mais e agir com uma maior vaidade. Essa maneira de ser durou apenas cinco dias, pois as beatas voltaram a aparecer para a paciente, desta vez, chamando-a de vulgar, prostituta e que possivelmente ela era uma pessoa que se masturbaria em público, Boss (1963).

Ao passar algum tempo de análise, chegando à fase final da terapia a paciente teve mais alguns sonhos, que a fizeram perceber e compreender alguns aspectos de sua vida.

A sonhadora entrou em sua casa, que era grande e espaçosa, mas vazia, parecendo demolida e ameaçada de desabar. Inicialmente, a paciente estava desanimada. Depois ela notou que dois trabalhadores estavam ocupados com as reformas. Para sua grande surpresa, reconheceu-os como sendo ninguém menos que os artistas Michelangelo e Picasso. Nesse momento, sentiu que tudo ficaria bem [...] Após esse sonho aventurou-se, em sua vida acordada, a dar importância a seu considerável talento para o desenho, levando-o a sério e apreciando-o. Iniciou seu treino como escultora. Ousou também, progressivamente, apropriar-se das potencialidades sensuais e eróticas da vida, que até então tinham sido tão repelidas. Isso ocorreu como em qualquer terapia bem-sucedida que usasse a linha analítica clássica. Novamente foi um sonho que, de forma impressionante, iluminou o terapeuta com relação a esse desenvolvimento. A paciente relatou da seguinte forma tal sonho: Sou uma conferencista universitária e estou para dar uma palestra a uma classe de mulheres universitárias estudantes de medicina, sobre o *Amphioxus lanceolatus*. Assim que entro no anfiteatro, percebo imediatamente que já tinha dado aquela conferência para todas aquelas alunas. Não fazia sentido repetir a palestra. Então, começo a rir, e de repente todas estão rindo comigo. Nós todas esquecemos a conferência. Instaura-se uma atmosfera cordial e aconchegante, e nós todas conversamos alegremente a respeito da vida sexual (BOSS, 1963, p. 165-166).

O sonho possibilitou a paciente enxergar de forma ampla, a possibilidade de falar e obter sua vida erótico-sensual fora dos sonhos, assim, tendo a liberdade de poder expressar-se sem o medo de vir à tona qualquer outra alucinação visual ou auditiva que fosse expressão de repressão e vivências de sua infância.

No final de sua última sessão analítica, a paciente perguntou espontaneamente ao seu médico: “O que, em seu trabalho, realmente me curou?” Imediatamente, ela mesma deu a resposta: Em primeiro lugar, foi o simples fato de poder telefonar e encontrá-lo a qualquer hora, dia ou noite, sempre que eu achasse necessário. Por muito tempo não acreditei que alguém pudesse estar sempre a meu lado. Lentamente, aprendi a confiar em você, pois dezenas de experiências provaram que você não me desapontaria. Somente então ousei viver através de você, por assim dizer, até sentir minha própria força crescer. Desta crença em sua confiabilidade, nasceu uma crescente fé no mundo todo, que eu nunca sentiria antes. Anteriormente, eu vivia apenas pela minha força de vontade, e estava sempre me puxando para cima pelas cordas de minhas próprias botas, até ficar suspensa no ar. A confiança em você deu-me a coragem de enraizar-me interiormente no verdadeiro fundamento de minha existência. O segundo fator terapêutico eficiente, igualmente importante, foi sua compreensão de meus delírios e alucinações paranoicos, o fato de você levá-los a sério. O reconhecimento de seus significados e valores genuínos capacitou-me a

perceber a totalidade de meu próprio ser e a unidade entre eu e o mundo (BOSS, 1963, p. 166-167) ”.

Frente a este caso clínico, percebe-se que o autor ao tratar a paciente com esquizofrenia, faz com que ela sintasse e percebesse como parte do mundo e parte de si mesma. É possível ver que Boss, promove as tonalidades afetivas desenvolvidas pela *daseinsanalyse*.

Boss atribui os sintomas esquizofrênicos da paciente em sua infância reprimida e rígida, oferecendo a ela uma sustentação e acolhimento. O autor ressalta que o manejo clínico com a paciente seria possível com outros profissionais, mas talvez não fosse tão eficaz como foi sendo feito pela *análise daseinsanalítica*, sendo vista pela abertura e a não abertura do ser, ser este que tem possibilidades mesmo em suas limitações existenciais. É a partir do contato e acolhimento ao outro que se faz possível uma cura, ou melhor, dizendo de uma forma de compreender si mesmo e sua relação com o mundo e com o outro.

## CONCLUSÃO

Este trabalho é de suma importância para que possamos ver que há formas de entendermos e aceitarmos o ser esquizofrênico. Não há exatamente uma concepção de normal e patológico, mas há a compreensão de que estamos no mundo, ser é a melhor forma do existir, independente de como se é no mundo.

Este trabalho mostra como Boss sustentou sua teoria e a forma como ele se colocou a disposição da paciente apresentando a ela o modo-de-ser-no-mundo sendo apenas ela mesma. Boss sustenta a teoria *daseinsanalítica*, aproximando-se cada vez mais de sua paciente, assim, deixando de lado as análises tradicionais para aproximação do sujeito e do poder ser.

Esta teoria é de profunda compreensão do ser e possibilita a liberdade do modo-de-ser de cada um, oferece ao sujeito as inúmeras possibilidades do existir humano, visto que nós somos seres de liberdade e opiniões. A atitude tomada pelo daseinsanalista possibilitou a paciente enxergar-se em si mesmo, podendo ter a noção de que ela é um ser de possibilidades, tendo sua autenticidade e sua própria existência, sem restrições existenciais manifestadas de início.

Este trabalho não possui a finalidade de criticar nenhuma abordagem psicológica. Seu principal intuito é mostrar aos leitores a forma de compreender e mostrar ao sujeito todas as suas possibilidades em sua existência no mundo e sua relação com o outro.

Por fim, o trabalho mostra que a teoria *daseinsanalítica* é possível e eficaz quando o paciente está empenhado a buscar sua essência existencial, possibilitando a ele mesmo uma compreensão de si e de suas possibilidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.
- BOSS, Medard. O caso da Dra. Cobling. *Natureza humana*, v. 1, n. 1, p. 139-173, 1999.
- BOSS, M. O modo de ser esquizofrênico à luz de uma fenomenologia daseinsanalítica. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanálise*, v. 3, p. 5-28, 1977.
- CAMPOS, Érico Bruno Viana; COELHO JR, Nelson Ernesto. O conceito de alucinação em Merleau-Ponty: aspectos clínicos e psicopatológicos. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 5, n. 2, p. 13-27, 2002.
- CARDINALLI, Ida Elizabeth. *Daseinsanálise e Esquizofrenia: um estudo na obra de Medard Boss/ Ida Elizabeth Cardinalli*. – São Paulo: EDUC: Fapesp, 2004.
- DA SILVA, Regina Cláudia Barbosa. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.
- DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura et al. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008.
- ELKIS, Helio et al. *Esquizofrenia*. São Luís: UMA-SUS, UFMA, 2012.
- ERASMO, Desidério. *Elogio da loucura / Desidério Erasmo; Tradução de Paulo Neves*. Porto Alegre: L & PM Pocket, 2007.
- FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. A clínica Daseinsanalítica: considerações preliminares. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 17, n. 1, p. 30-36, 2011.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- GARCIA, Carla Costa; DE ARAUJO, Inesita Soares. *Esquizofrenia e Medicalização: marcas discursivas na narrativa de pessoas com a doença mental*, 2014.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Publica*, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O impacto da esquizofrenia para a família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 385, 2007.