

Análise e comparação fenomenológica do mesmo fato observado: a inverdade

Leonardo Peroni de Jesus¹

Resumo

Serão apresentados neste artigo dois casos clínicos inicialmente vistos a partir do mesmo fato observado, a inverdade. Neles, entretanto, a análise fenomenológica mostrará características estruturais bastante diversas, por vezes opostas, que poderão influenciar diretamente o raciocínio clínico em tratamento e prognóstico.

Palavras-chave: Inverdade; Fenomenologia, Psicopatologia.

Phenomenological analysis and comparison of the same observed fact: the untruth

Abstract

In this article, two clinical cases will be presented initially viewed from the same observed fact, the untruth. In them, however, the phenomenological analysis will show structural characteristics quite different, sometimes opposite, that can directly influence the clinical reasoning in treatment and prognosis.

Key-words: Untruth; Phenomenology; Psychopathology.

¹ Médico Psiquiatra, colaborador do Grupo de Psicoses do LIM27 do IPQ-HCFMUSP. Email: leoperoni@uol.com.br

Introdução

A partir de dois breves relatos gostaríamos de elaborar algumas diferenças fenomenológicas entre o mesmo fato por vezes estabelecido como sintoma: a inverdade. Inverdade ou mentira, sendo o primeiro sinônimo o escolhido por ser aquele que melhor expressa apenas o fato observado, sem conotações morais.

Como inverdade podemos definir um fato afirmado que não corresponde com a realidade, ou seja, que não ocorreu em um mundo compartilhado pelos indivíduos que habitam, como consciência, ao redor daquele que a afirma. Definição talvez muito simples, porém que abre discussões e traz perguntas sobre o mundo vivido, o mundo estrutural do ser que se relaciona e se expressa através de inverdades.

Segue, portanto, um esboço de dois casos atendidos em situações e tempos distintos, porém que ilustram as diferenças e complexidades por trás do mesmo fenômeno.

Paciente I

Mulher de aproximadamente 40 anos, acompanhada semanalmente em psicoterapia por quase dois anos. Sua frequência às sessões era variável e já havia passado por algumas experiências com esse tipo de tratamento.

Contava sobre repetidos abusos sexuais que sofria há pelo menos 10 anos e provocados pelo mesmo indivíduo, que não poderia ser denunciado às autoridades competentes por motivo de ameaça de morte. Os únicos que sabiam sobre tais estupros eram os profissionais de saúde com os quais tinha se tratado, e pedia sempre sigilo sobre estas informações. Por conta de tais abusos dizia que sua vida não era mais a mesma: havia parado de estudar, trabalhar e praticar esportes por medo e sentimentos de depressão.

Nas sessões, a paciente geralmente se ocupava em relatar os estupros sofridos de forma pouco detalhada e quando investigada mais ativamente, descrevia cenas sádicas com múltiplos espectadores, ameaças e agressões físicas.

Tais cenas adquiriam aspectos bizarros e fantásticos, o que levava a crer se tratavam de inverdades, chamando atenção o pseudônimo apresentado pelo abusador: “Arcanjo Miguel”.

O contato merecia cuidado e isso era claro desde o início do tratamento (inclusive verbalizado pela própria paciente). Por conta dos abusos dizia ter dificuldade em aderir a tratamentos com terapeutas homens. Retraída, cabisbaixa; qualquer intervenção terapêutica era vivenciada como abusiva e a paciente tornava-se mais acuada, frequentemente faltando à sessão seguinte. Ao mesmo tempo, criava clima de mistério em seus relatos, sendo instigante, fazendo com que o terapeuta quisesse saber mais sobre suas histórias.

A situação era colocada como indissolúvel. Vários outros profissionais aos quais já havia recorrido lhe davam como solução a denúncia, mas ela refutava e frequentemente, quando tal ultimato era dado, se afastava e desistia do tratamento.

Paciente II

Mulher de aproximadamente 40 anos, internada em enfermaria psiquiátrica devido a comportamento alimentar patológico e de risco. Relatava vômitos frequentes e provocados após episódios de compulsão alimentar, além de uso frequente de outros métodos purgativos, especialmente laxantes. Tal comportamento se estendia há vários anos e seria pouco observado por familiares, pois paciente moraria em cidade do litoral por ser estudante do quarto ano de Medicina. Queixava-se também de medo intenso de sair de casa sozinha, fato que teria levado ao trancamento de sua matrícula na faculdade. Relacionava tal medo ao sequestro que o pai teria sofrido, ficando alguns dias como refém, porém liberado após investigação policial. Apesar de interrupção de sua formação acadêmica, dizia que retomaria os estudos para se tornar uma cardiologista e salvar a vida de muitas pessoas.

Durante internação, que durou aproximadamente 2 meses, não foram observados comportamentos alimentares alterados nem episódios de purgação. Tinha momentos em que se queixava de extrema angústia, e passava a arrancar os próprios cabelos de forma contínua, comportamento também recorrente em sua casa. Familiares realmente pouco sabiam do histórico alimentar da paciente e em relação a suposto sequestro sofrido por pai, desmentiam informações. Diziam ter

se tratado apenas de um trote telefônico forjando o delito, e que o pai, após poucas horas do telefonema, teria aparecido em casa.

A partir de algumas inconsistências entre dados objetivos e relatados, chegou-se à conclusão que paciente também não frequentava o curso de Medicina e sim outra carreira da área de saúde na mesma faculdade. Passou-se também a questionar a veracidade das queixas alimentares, já que tantos episódios purgativos não eram compatíveis com seu estado clínico.

Na enfermaria interagia bem com outros pacientes e com equipe de saúde. O contato era fácil, aberto, a ponto da paciente, após duas breves entrevistas com o médico, querer lhe revelar um segredo: uma história romântica que teria vivido, narrada em programa de rádio dessa temática e gravada em CD. O caráter fantástico da gravação levava a crer que também este suposto dado biográfico não seria compatível com a realidade, sendo que diversas outras estórias fantásticas surgiram de seu contato com outros pacientes e profissionais do local.

Durante internação e frente ao esclarecimento do diagnóstico médico psiquiátrico, paciente foi confrontada algumas vezes quanto a dados objetivos. Nesses momentos tornava-se mais reclusa, frequentemente queixando-se de angústia e passando a arrancar os próprios cabelos por alguns dias.

Análise fenomenológica e comparativa baseada no contato

Instrumento fenomenológico indispensável ao psicopatologista, o contato interpessoal será o ponto de início para a análise e comparação de aspectos estruturais e do mundo vivido dessas duas pacientes. Contato como ponto de início seguido por esforço de penetração em mundos tão diversos, apesar do mesmo fato observado e inicialmente descrito: a inverdade.

Na primeira paciente, atormentada por queixas depressivas e relatos de estupros em série, esteve claro desde o início o clima de terror das sessões, tanto no conteúdo do relatado quanto em sua postura: sempre retraída, cabisbaixa, falando de forma lenta, baixa, por vezes sussurrando. Assumia ainda certa postura de fragilidade, por vezes choramingando a violência que sofria, sem poder denunciá-la, a não ser em ambientes terapêuticos e sob sigilo profissional.

O abuso era a sílaba tônica do contato interpessoal estabelecido. Mais exatamente a iminência do abuso, tão inevitável e indissolúvel quanto os estupros sofridos de forma repetitiva. A espera pelo abuso era a sílaba tônica do contato com o terapeuta, de quem qualquer movimento terapêutico era facilmente vivido pela paciente como abusivo.

Na segunda paciente o clima estabelecido nas entrevistas era predominantemente de leveza, facilidade e simpatias imediatas. As queixas eram múltiplas e pouco consistentes, e quase nunca contaminavam a descontração dos encontros. Entretanto, oposto do que se imaginaria, tal contato dificultava o acesso ao seu mundo, ou seja, criava uma distância quase impenetrável ao que poderíamos chamar de seu mundo íntimo.

Com isso, intui-se um contato interpessoal baseado na impessoalidade, na falta de intimidade. Apesar de uma suposta simpatia e abertura para o encontro, a paciente se mantinha distante, e assim era plena, completa para si. O contato íntimo parecia não ter espaço naquela relação.

Voltando ao início dessa exposição, lembremos que o item comum entre as duas pessoas aqui apresentadas como pacientes é a presença da inverdade como fenômeno central de sua forma de se colocar no mundo. Entretanto as formas de contato interpessoal (porta de entrada do vivido) apreendidas são claramente diversas, em alguns pontos até divergentes. Não nos resta outra alternativa a não ser esboçar as características estruturais que baseiam tanto a categoria de contato quanto o predomínio do fenômeno da inverdade nessas duas consciências.

Para mantermos a ordem, inicialmente discorrerei sobre a primeira paciente, perturbada e estagnada por uma relação de abusada com o mundo. Acuada, a espera do abuso e na iminência desse, seja em suas fantasias sádicas com o dito “Arcanjo Miguel” seja na relação com o terapeuta, o qual ao longo de quase dois anos de acompanhamento teve de cuidar em manter certo distanciamento. Frente à investigação mais objetiva e direta dos fatos, a paciente recuava, levando ao máximo sua posição de acuada e a vivência de abusada, deixando ao terapeuta o papel de abusador. No que se baseia tal forma de se relacionar e de estar no mundo?

A repetição (tão frequente no assunto tratado nas sessões), assim como a vivência de indissolubilidade, apontam para uma consciência cuja temporalidade encontra-se estancada. Não há direcionamento para o futuro, e a busca por inúmeros tratamentos não assume aqui uma busca por uma cura ou por melhores perspectivas, mas apenas um apoio fixo para a angústia indissolúvel que brota da

iminência do abuso. Apesar das queixas de querer voltar a levar uma vida normal, relacionar-se com outros e trabalhar, tais queixas parecem mais lamentações que propriamente um intuito ou um ímpeto de mudança, já que as limitações temporais estão dadas.

Do ponto de vista da espacialidade, podemos dizer que a proximidade íntima, neste caso, é vivida com intensa perturbação. Para Eugene Minkowski (2005), existe uma distância qualitativa ou vivida entre uma consciência e os objetos que a circundam e que torna cômoda a relação entre ambos: “Sempre há diante de mim algo como o espaço livre no qual podem expandir-se, sem estorvo, minha atividade e minha vida. Me sinto cômodo, me sinto livre neste espaço que tenho diante de mim” (p. 371). Divergentemente, o mundo intuído da paciente nos faz pensar em um retraimento frente à proximidade (exemplificado em suas eventuais faltas às sessões semanais), em um contato distanciado e temeroso, na falta de comodidade e tranquilidade justamente pela ausente distância vivida. “Não haverá nem espaço livre, nem “ao lado”, nem perspectiva, nem horizonte, nem distância vivida nele” (Minkowski, 2005, p. 374), estas são características, segundo o autor, do chamado “espaço escuro”, no qual a tranquilizadora distância vivida é trocada por uma proximidade perturbadora, que torna os objetos e fatos circundantes mais próximos e pessoais ao eu, porém uma proximidade que não propicia o crescimento da relação, mas a trava, pois não é fluida e sim assustadora. Com isso, voltando ao caso, sua relação com familiares e terapeuta era distanciada, exigia cuidados, e quanto mais se aproximavam dela, mais levavam ao seu recolhimento.

Nessa estrutura dominada pela estagnação temporal e por excesso de proximidade espacial, a inverdade e as fantasias de abusos sexuais merecem uma análise cuidadosa. Apesar da repetição com que aparecem, que reforça a condição temporal já revelada de estagnação, em alguns momentos surgiam brotos de movimentação e direcionamento nessa estrutura tão sufocada por condições temporais e espaciais adversas. Quando acrescentava a suas repetitivas fantasias sádicas detalhes inéditos e mórbidos, tornava a sessão, quase sempre monótona e repetitiva, algo instigante. Não se trata aqui de uma legítima proximidade da paciente com o terapeuta, porém demonstra o germe, o broto, um último respiro de uma possibilidade existencial diversa: via instigação e fantasias. Ou seja, o fenômeno da inverdade, ao mesmo tempo que pode estar em total acordo com sua estrutura, e nesse caso ser doença, também mostra a única possibilidade de direcionamento desta estrutura em relação a algo ou alguém, esboço de saúde.

A verdadeira movimentação dessa consciência durante o relatado acompanhamento nunca ocorreu. Talvez enxergar no próprio calabouço em que a consciência está fechada a possibilidade de saída seja otimista demais, porém frente a existência tão restrita em suas possibilidades, tal esforço não é em vão e se torna o maior desafio do psicopatologista.

Seguindo esta análise comparativa, tentarei descrever algumas características estruturais da segunda paciente, de quem a impessoalidade era intuída a partir de seu contato interpessoal fácil e aberto.

A primeira característica estrutural dessa existência é apreendida de sua forma de se colocar no mundo através da leveza. Os encontros entre paciente e médico eram permeados por esse clima, apesar da enfermaria psiquiátrica, ambiente de enfermos graves, tornar a ocasião mais propícia a um contato tenso e formal. Tal leveza, estruturalmente, pode ser analisada através de uma espacialidade com predominância de direcionamento vertical em prejuízo à horizontalidade. Ou seja, essa paciente, leve mesmo em ambiente e situação tensa, puxada a âncora de sua existência levanta voo e vê o mundo que a rodeia de forma panorâmica.

Tal visão panorâmica é dissociada do mundo real. Diferentemente de momentos em que uma visão panorâmica e distanciada dos fatos que nos rodeiam é necessária para tomada de sábias atitudes, a paciente permanece estancada em tal posição, pouco descendo ao mundo real, ao solo, para nele atuar de forma efetiva. Assim, a existência se torna leve, alta, inalcançável em sua projeção vertical, logo, impessoal em sua forma de contato.

A inverdade, nesse caso, representa mais uma faceta dessa estrutura. Mentir, no caso, não representa uma intenção ou vontade de se manter distante e impessoal, mas apenas a forma de se colocar no mundo, fruto de uma estrutura descolada. As inverdades, estórias e fantasias são múltiplas e se renovam dependendo da situação em que a paciente se encontra, ou seja, são também fugidias e voláteis.

A temporalidade dessa estrutura tão leve e volátil pode ser vista como um direcionamento constante para um futuro inautêntico, um futuro-inverdade. Sua aspiração em ser uma médica cardiologista, que salvaria muitas vidas, mostra aspiração a um futuro idealizado, vivido como determinado, certo e pouco ponderado em relação as variáveis presentes e futuras que podem mudar e subsidiam o resultado de um verdadeiro plano de vida.

Com as características estruturais dadas e suas tendências reinantes, qualquer exigência de movimentação à paciente era vivida como angustiante e desencadeava fenômenos antes estranhos a tanta leveza e suavidade: quando confrontada quanto aos dados incongruentes e por vezes contraditórios, especialmente de sua biografia, passava alguns dias queixando-se de angústia e por vezes arrancando os próprios cabelos. A tentativa de adaptação a tendências externas opostas dessa estrutura era frusta, gerando uma angústia apenas aliviada no próprio corpo, buscando na concretude do mesmo a estabilidade para retomar seu voo panorâmico sobre a própria existência. Sua única alternativa estrutural era a concretude corpórea.

Acredito que a busca por tratamento da paciente seja, frente a tanta dificuldade, uma possibilidade de contato mais próximo ao mundo real. Apesar de permeada de geometrismos, queixas corpóreas e psíquicas inespecíficas, a relação da paciente com o tratamento poderia trazer alguma tranquilidade para uma movimentação oposta ao de suas tendências estruturais. Apesar de estagnada em altitudes vertiginosas, maior tempo de tratamento poderia substituir a solidez do corpo pela relação com o terapeuta como ponto de apoio existencial.

Considerações finais

Para fins fenomenológicos, podemos analisar o fenômeno da inverdade a partir de um referencial negativo, ou seja, a inverdade como “falta de verdade”, nos levando a pensar em algumas características intrínsecas ao fenômeno da verdade.

A verdade carrega consigo categorias que se aproximam do absoluto, do certo, do algo dado e completo. Nesse sentido é material, quase concreta. A “falta de verdade” como oposto, ou seja, imaterial, incerta e volátil está exemplificada no segundo caso apresentado. A paciente estruturalmente encontra-se descolada do mundo real (verdadeiro) e sua consciência leve e circundada por inverdades voláteis dirige-se a um futuro irreal e fantasioso.

Entretanto, ao se analisar o primeiro caso, também de inverdades, isso não é aplicável. A inverdade dos abusos, estupros e violências, repetitiva e monótona, não pode ser vista através de leveza e volatilidade. Pelo contrário, apresenta

materialidade, é pesada, determinada e indissolúvel. Nesse sentido, apesar de ser inverdade, mais se aproxima da categoria da verdade.

É comum aos dois casos o fato da inverdade não possibilitar muitas intervenções terapêuticas, travando a relação entre paciente e terapeuta, seja pela leveza excessiva, seja pela repetição e monotonia. Ambas estão, portanto, fixadas, estagnadas, e pouco acessíveis, porém de formas distintas. Binswanger (1977), em “Três Formas da Existência Malograda”, descreve como duas formas de se estar no mundo, a maníaca e a esquizoide, podem estar estagnadas em problemas relacionados a amplitude de suas existências.

Sobre a situação maníaca, diz que

elevada demasiado alto, a forma de vida maníaca alça-se a uma altura vertiginosa, onde é impossível se chegar a toda e qualquer posição...Nessas alturas rarefeitas, o amor e a amizade perderam seu poder e o trato ou relacionamento humano reduziu-se à forma do tratamento psiquiátrico. (Binswanger,, 1977, p. 19)

Essa descrição se assemelha a análise anteriormente feita sobre o segundo caso, em que, ainda, “a desproporção consiste em que o caminhar na amplidão adentro é substituído por um saltar e por um saltar por cima “ao infinito”, razão por que o horizonte ou âmbito de visão se “alarga infinitamente” “(Binswanger, 1977, p. 18). Não se defende aqui que paciente durante seu tratamento estivesse em estado de mania, porém a facilidade ativa com que mudava de temas e a grandiosidade de suas histórias apontam para algumas semelhanças com o estado maníaco descrito pelo autor. Ainda, apesar de descolada do mundo real, a paciente mantinha algum contato com este, o que também a diferencia dos estados maníacos clássicos.

Já sobre as formas de ser esquizoide, em oposição à maníaca, descreve que

não se deixam elevar às alturas rarefeitas dos estados de ânimo otimistas, mas, ao contrário, solitários e “sem nenhuma consideração da experiência”, escalam e se deixam ficar sobre um determinado degrau...A altura dessa escalada não está em proporção com a estreiteza e a imobilidade do horizonte de experiência. (Binswanger, 1977, p. 19)

Não é à toa que a repetição dos relatos de estupro, assim como a crença da indissolubilidade de tal sofrimento relatados pela primeira paciente deram sempre a impressão de pouco ou nada mudar a partir de novas experiências humanas

oferecidas pelos inúmeros tratamentos pelos quais a paciente passou. “Semelhante absolutização só é possível depois que o ser-aí se isolou do trato e do comércio com os outros e da possibilidade de aí encontrar promoção e lições contínuas” (Binswanger, 1977, p. 20). O modo de ser esquizoide dessa paciente, com suas inverdades rígidas e conservadoras considerando-se suas características estruturais, está por trás, portanto, dos inúmeros tratamentos falhos. Atingir tal consciência estagnada, a despeito das experiências humanas, torna o tratamento penoso e extremamente difícil para o terapeuta.

Assim estão colocadas algumas diferenças fenomenológicas entre dois casos que poderiam, dentro da nosologia psiquiátrica, ser classificados em uma mesma categoria (mitomania). Em alguns momentos dessa breve análise encontram-se características estruturais opostas, mesmo partindo-se do mesmo fenômeno. Tais diferenças podem direcionar esforços terapêuticos a caminhos diferentes, sempre buscando o benefício dos indivíduos que sofrem e procuram ajuda. Parece adequado chamar o que foi escrito acima de esboço, já que é contínuo o esforço da Psicopatologia Fenomenológica em atingir a essência da consciência e de seus fenômenos. Todo esboço, por ser inacabado, torna-se um convite a novas reflexões.

Referências bibliográficas

Binswanger, L. (1977). *Três formas da existência malograda*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Minkowski, E. (2005). *Le temps vécu: Études Phénoménologiques et Psychopathologiques..* Paris: PUF.