



ARTIGO ORIGINAL

Psicoterapia de grupo de inspiração fenomenológico-existencial em pacientes esquizofrênicos

Group psychotherapy of phenomenological-existential inspiration in schizophrenic patients

Gustavo França Santos^a

Ana Maria Moreira^b

Raúl Guimarães Lopes^c

^a Mestrado Integrado em Medicina, pela Universidade do Porto – (Médico Residente de Psiquiatria Departamento de Psiquiatria. Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal).

^b Mestrado Integrado em Medicina, pela Universidade do Porto – (Psiquiatra e Psicoterapeuta de Abordagem Centrada na Pessoa Directora do Serviço de Psiquiatria Comunitária do Porto, Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal).

^c Licenciatura em Medicina, pela Universidade do Porto. Doutoramento em Medicina, pela Universidade de Heidelberg. – (Departamento de Internamento do Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal. Psiquiatra e Psicoterapeuta Existencial).

DOI: 10.5935/2318-0404.20180001

Instituição: Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal.

Resumo

A psicoterapia existencial é uma abordagem filosoficamente informada à psicoterapia. Surgiu como um esforço de convergir conhecimentos da fenomenologia e do movimento existencial com a prática terapêutica. Esta

psicoterapia é um processo colaborativo e integrativo que privilegia a confrontação com os existenciais e a compreensão empática da experiência subjetiva do paciente, promovendo o desenvolvimento de um self autêntico. Previamente descrita por alguns autores como insegurança ontológica e perda do contato vital com a realidade, a esquizofrenia acarreta frequentemente dificuldades acrescidas em diversas áreas da vida e isolamento social. O objetivo deste artigo é discutir a aplicabilidade da psicoterapia de grupo de inspiração fenomenológico-existencial na esquizofrenia. Primeiro, revemos a literatura existente acerca da psicoterapia de grupo na esquizofrenia, introduzindo a terapia existencial e enfatizando áreas de convergência e de diferença. Depois, descrevemos a experiência de um grupo psicoterapêutico de pacientes com esquizofrenia. Numa perspectiva conceptual, a terapia de inspiração fenomenológico-existencial pode fundar qualquer intervenção terapêutica na esquizofrenia. Durante as sessões de grupo os pacientes foram encorajados a explorar descritivamente o seu mundo vivido e a reconhecer as suas liberdades e responsabilidades. Foi de grande valor a abordagem das preocupações existenciais, frequentemente negligenciadas em outros modelos psicoterapêuticos. Esta abordagem não pretende substituir o tratamento padrão, reconhecendo que uma mudança dramática de paradigma podia significar uma visão despatologizada da esquizofrenia. Em vez disso, argumentamos pela assimilação. E numa altura em que os terapeutas se encontram focados no alívio sintomático imediato e sobrecarregados com resultados funcionais esta assimilação pode ter particular importância.

Palavras-chave: Psicoterapia; Esquizofrenia; Psicoterapia de Grupo.

Abstract

Existential Psychotherapy is a philosophically informed approach to psychotherapy. It began as an effort to merge valuable insights coming from phenomenology and the existential movement with the therapeutic practice. This psychotherapy is a collaborative and integrative process which privileges the confrontation with the givens of existence and the empathic understanding of the patient's subjective experience, promoting the development of an authentic self. Previously described by some authors as ontological insecurity and loss of vital contact with reality, schizophrenia often leads to increased difficulties in diverse areas of daily life and to social isolation. The aim of this article is to discuss the feasibility of group psychotherapy of phenomenological-existential inspiration in schizophrenia. First, we review the published literature of group psychotherapy in schizophrenia, introducing existential therapy and highlighting areas of commonality and difference. Then we describe the experience of a psychotherapeutic group of patients with schizophrenia. From a conceptual perspective, phenomenological-existential inspired therapy could provide a theoretical foundation for any therapeutic intervention in schizophrenia. During group sessions, patients were encouraged to descriptively explore their lived-worlds and to acknowledge their freedom and responsibility. It was highly valuable to address existential concerns, which are often neglected in other psychotherapeutic models. This approach is not meant to replace the current treatment standards, recognizing that a dramatic shift could bring a de-pathologizing view of schizophrenia. Instead, we argue for assimilation. When therapists are becoming increasingly preoccupied

with immediate symptom relief and burdened with functional outcomes, this assimilation may be of particular significance.

Keywords: Psychotherapy, Group; Schizophrenia; Psychotherapy; Existentialism.

“Schizophrenia cannot be understood without understanding despair” R.D. Laing (1965)

1. Introdução

O tratamento das perturbações psicóticas, particularmente o da esquizofrenia, constitui um campo privilegiado da psicoterapia. Face aos avanços recentes das neurociências cognitivas e da psicoterapia, os pacientes com esquizofrenia dispõem, atualmente, de um conjunto de abordagens psicoterapêuticas que complementam o tratamento psicofarmacológico de base e procuram dar resposta às dificuldades psicossociais, que se manifestam ao longo da história natural da doença¹. Porém, modelos estritamente cognitivos, comportamentais ou psicoeducativos, ao focarem-se nas alterações patológicas destes pacientes, frequentemente ignoram a questão existencial e aspetos antropológicos da esquizofrenia. Com efeito, um modelo psicoterapêutico que ignore a vertente qualitativa da experiência da pessoa compromete o carácter holístico que deve presidir a qualquer intervenção terapêutica².

A psicoterapia existencial surge no século XX numa tentativa de integrar o conhecimento proveniente da fenomenologia e do movimento existencial com a prática da terapia³. A pluralidade das diversas escolas e autores de inspiração fenomenológico-existencial, embora obste a diligências de índole taxonômica, permite diálogos acrescidos com a psicopatologia e diferentes escolas de psicoterapia³. O dinamismo dos modelos existenciais pode ser exemplificado pelo interesse crescente, nos últimos anos, da psicoterapia existencial em áreas como a psico-oncologia e os cuidados paliativos⁴⁻⁵. Esta pluralidade e os diálogos com outras formas de terapia têm permitido a aplicação da psicoterapia existencial a pacientes com várias perturbações orgânicas e mentais⁶. Ainda assim, a sua aplicação em pacientes esquizofrênicos é ainda pouco divulgada no nosso meio.

Este trabalho de natureza teórica pretende discutir a aplicabilidade da psicoterapia de grupo de inspiração fenomenológico-existencial na esquizofrenia. Para tal, analisamos a literatura existente e descrevemos o funcionamento de um grupo psicoterapêutico de pacientes esquizofrênicos, no Porto. Promovemos diálogos com outros modelos teóricos, sempre que possível. Esta análise não pretende ser exaustiva no sentido de aprofundar todos os autores relevantes para o movimento fenomenológico-existencial. Revemos sim as fundações teóricas mais pertinentes para compreender o funcionamento do presente grupo, as mais-valias do modelo, assim como as suas limitações, para que este possa ser mais facilmente replicado.

2. Psicoterapia de Grupo na Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental crônica caracterizada por alterações graves da percepção, do pensamento e do comportamento, que condicionam uma incapacidade funcional transversal a várias áreas da vida do indivíduo⁷. Atualmente é inequívoca a participação de fatores neurobiológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento da etiopatogênese complexa da esquizofrenia. Consequentemente, os melhores resultados clínicos têm sido obtidos com a combinação do tratamento psicofarmacológico com o tratamento psicoterapêutico e intervenções de cariz psicossocial⁸⁻⁹. Ainda assim, o tratamento dos sintomas negativos, mais resistentes à medicação, permanece claramente insatisfatório, com um impacto direto negativo no funcionamento social⁷.

A psicoterapia de grupo pode ser simplificada como a aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um grupo de pacientes¹⁰. No caso da esquizofrenia, onde a ênfase continua a ser a psicoterapia individual, a experiência de grupo pode acrescentar vários aportes. No modelo grupal a tradicional polarização diádica entre o paciente e o terapeuta é ultrapassada em favor de uma relação grupal. O grupo torna-se um dos principais instrumentos para mudança e constitui-se quer como objeto de tratamento, quer como fator terapêutico em si mesmo¹¹. Vários fenômenos contribuem para este potencial terapêutico, nomeadamente: a empatia, a identificação, o acesso à catarse e a universalização de experiências¹².

A forma como a terapia de grupo é conduzida com pacientes psicóticos depende principalmente da orientação teórica do terapeuta. Na esquizofrenia, os modelos de psicoterapia de grupo mais usados atualmente são os modelos psicoeducativos e os modelos cognitivo-comportamentais¹³. Seria injusto não mencionar outros modelos de grupo que têm sido aplicados ao longo da história, em pacientes esquizofrênicos, nomeadamente o psicodrama de Moreno¹⁴, a grupanálise desenvolvida por Foulkes e outros modelos psicodinâmicos desenvolvidos por Bion, Spotnitz, entre outros^{12,15}.

Desde pelo menos 1921, existem relatos na literatura científica de abordagens psicoterapêuticas grupais em esquizofrênicos. Edward Lazell conciliou princípios psicanalíticos com técnicas didáticas, sendo que os tópicos debatidos incluíam o medo da morte e explicações relativamente aos sintomas psicóticos destes pacientes¹⁶. O tratamento psicanalítico dos esquizofrênicos é historicamente controverso. Freud e os seus primeiros colaboradores consideraram o paciente esquizofrênico inapropriado para ser submetido à psicanálise¹². Outros autores alegam que a transferência psicótica e a regressão podem ser perigosas para pacientes esquizofrênicos, embora não existam estudos sólidos que demonstrem o agravamento clínico de esquizofrênicos submetidos a psicanálise¹⁷. Num grupo de orientação psicodinâmica pretende-se que o paciente aumente o insight, entendido como a percepção crescente que os pacientes têm do inconsciente, assim como a aceitação da parte do seu self reprimida^{12,17}. As transferências laterais entre os pacientes são uma mais-valia face à análise individual. A ação do inconsciente manifesta-se através de mecanismos de dinâmica grupal e de mecanismos de defesa que são analisados pelo terapeuta¹⁸.

Na abordagem psicoeducativa o objetivo é ajudar os pacientes esquizofrênicos a lidar com os problemas

decorrentes da doença. Estimula-se a adesão à terapêutica, pretendendo diminuir hospitalizações, já que grande parte das recaídas psicóticas se prende com má adesão à terapêutica⁷. Uma revisão recente constatou que estes programas parecem reduzir as recaídas, readmissões e encorajar a continuidade terapêutica¹⁹.

Num grupo de orientação cognitivo-comportamental trabalha-se principalmente a relação entre pensamentos, emoções, comportamentos e influências ambientais²⁰. O foco recai na patologia e nos sintomas que preocupam o paciente e/ou o terapeuta. Utilizam-se técnicas psicoterapêuticas como a ativação comportamental, dessensibilização sistemática, exercícios de relaxamento e reestruturação cognitiva. O principal objetivo é alcançar pensamentos alternativos menos disfuncionais e uma mudança comportamental que promova o bem-estar. É importante referir que tradicionalmente os sintomas positivos não eram alvo dos terapeutas cognitivistas, já que se assumia um caráter fenomenológico distinto da experiência comum, e, assim, impróprio para reestruturação cognitiva. Porém, estudos recentes demonstram que a sintomatologia positiva pode ser concetualizada como pensamentos intrusivos e interpretações erradas de experiências comuns²¹. Assim, a partilha num ambiente securizante da sintomatologia positiva (alucinações, delírios) é facilitada, podendo contribuir para uma reestruturação cognitiva ou mudança comportamental. Por fim, comorbidades como perturbações de humor ou de uso de substâncias podem também ser abordadas com as referidas técnicas, beneficiando de fenómenos de identificação grupais²⁰.

Consequentemente intervenções psicoterapêuticas em grupo têm sido preconizadas para o tratamento da sintomatologia positiva resistente e da sintomatologia negativa⁷. Uma revisão sistemática recente com 34 ensaios clínicos randomizados concluiu que a psicoterapia de grupo pode melhorar os sintomas negativos e o funcionamento social de pacientes esquizofrênicos²². Contudo, os autores enfatizam as diferentes ideologias teóricas dos grupos e realçam os efeitos não específicos da experiência de grupo em pacientes frequentemente isolados e com poucas competências interpessoais.

É precisamente tendo em conta este efeito não específico do grupo e as abordagens já existentes que se coloca a premência da nossa pergunta. O que é que uma psicoterapia de inspiração fenomenológico-existencial pode acrescentar ao tratamento *standard* da esquizofrenia? Seguidamente desenvolvemos a psicoterapia de inspiração fenomenológico-existencial, enquanto abordagem compreensiva da vivência do paciente esquizofrênico consigo próprio e no mundo.

3. Psicoterapia de Inspiração Fenomenológico-Existencial na Esquizofrenia

O termo psicoterapia existencial tem sido utilizado para englobar uma pluralidade de autores e de escolas agregadas ao movimento fenomenológico-existencial²³. Como resposta ao comportamentalismo e à revolução cognitiva, partindo da fenomenologia de Husserl e do existencialismo de Sartre e de Heidegger (entre outros), um conjunto de autores enriqueceu o *corpus* da psicologia e da psicoterapia com as questões fenomenológicas-existenciais. Em termos europeus, na Suíça, Ludwig Binswanger tentou conciliar a filosofia de Heidegger com a psicopatologia, impulsionando, com Medard Boss um movimento de análise do *Dasein*.

Na Áustria, Viktor Frankl construiu os alicerces da logoterapia e, no Reino Unido, Emmy van Deurzen, Ernesto Spinelli e Hans Cohn constituíram a escola britânica de análise existencial. A escola americana existencial-humanista teve como principais impulsionadores Rollo May, James Bugental e Irvin Yalom. Existem diferenças conceituais relevantes entre as diversas escolas, cuja análise está fora do âmbito deste trabalho^{3,24}.

O descritor *psicoterapia de inspiração fenomenológico-existencial* merece aqui algumas clarificações. Consideramos a psicoterapia existencial como uma abordagem particular à terapia, com foco na subjetividade e na experiência da pessoa, e não tanto como um conjunto rígido de pressupostos explicativos do funcionamento desta. Assim, *inspiração* ilustra uma posição básica de partida. Porém, não estamos longe da definição de psicoterapia existencial de Yalom (1980): “*dynamic approach to therapy which focuses on concerns that are rooted in the individual's existence*”²³; ou de Rollo May (1961), que nos parece particularmente feliz ao enfatizar o aspecto mais pragmático da psicoterapia existencial, “*existential psychotherapy is not a comprehensive psychotherapeutic system; it is a frame of reference*”²⁵, ou até de Ludwig Binswanger (1955) que preconiza uma “*existential orientation*” para a psicoterapia²⁶.

Relativamente ao *fenomenológico-existencial* não se pretende minimizar a distinção entre a fenomenologia e o movimento existencial; veja-se a abordagem fenomenológica de Minkovski num extremo e a influência mais existencialista de Frankl num outro²⁷. Contudo, esta distinção pode ser pouco rigorosa, como realçado por Spiegelberg (1972): “*the attempt to divide phenomenology and existentialism appears to be unworkable and is often misleading*”²⁴.

É pela fenomenologia que a psicoterapia existencial se demarca inicialmente de outros modelos. Fenomenologia, como método (“*the expression “phenomenology” signifies primarily a methodological conception*”²⁸) que valoriza a apreensão do fenômeno, em detrimento da interpretação, de acordo com padrões teóricos previamente concebidos. Em oposição à psicanálise existe uma posição crítica do inconsciente, já que este não é fenomenologicamente experimentado. O foco da terapia é o presente, o aqui-e-agora existencial, valorizando-se o passado apenas quando relevante para a situação. Em vez da transferência, entendida pelo processo inconsciente pelo qual os pacientes conferem aos seus terapeutas sentimentos que derivam de situações prévias nas suas vidas, valoriza-se a intersubjetividade, corolário existencialista, que entende o homem como um ser humano em relação com outros, e se encontra sempre previamente ligado ao mundo²⁹.

Relativamente à intersubjetividade parece-nos importante realçar aqui a distinção operada por Martin Buber. Buber distingue entre o modo de relação “*I-it*”, no qual o outro é experimentado como uma coisa, e a relação “*I-thou*”, na qual o Eu encontra o outro, tal e qual como ele está presente, sem preconceitos do passado ou expectativas futuras³. Buber argumenta que a atitude “*I-thou*” requer que a pessoa corra o risco de entrar por completo no encontro, envolvendo-se num diálogo genuíno, imprevisível e aberto, com todas as possibilidades de ser transformado pelo encontro³.

O modelo fenomenológico-existencial parte do princípio que a existência é única, impossível de ser extrapolada, generalizada ou reduzida a um conjunto de características essencialistas²⁴. Ou seja, o homem

não pode ser entendido em termos de uma teoria biológica ou psicológica, mas apenas pela elucidação fenomenológica da sua existência²⁹. Como esta existência concreta se encontra em permanente devir, não existe um corte transversal, em que esta possa ser objetivamente mensurável.

A existência é um processo dinâmico, como a etimologia da palavra (do latim *existere*, exteriorizar-se) e o popular *slogan* existencialista de que a “existência precede a essência” preconizam (se quisermos, num sentido heideggeriano: “*the essence of Dasein lies in its existence*”²⁸). Esta existência é essencialmente limitada pela facticidade inerente ao existir e pela morte. Porém, são estas limitações que permitem, quase paradoxalmente, realizar escolhas plenas de liberdade, de autodeterminação e de um projeto. Ao contrário de modelos deterministas (comportamentais ou dinâmicos) que alegam que o comportamento é previsível e resulta de determinados eventos (sejam mecanismos neurofisiológicos ou processos inconscientes), a psicoterapia existencial afirma que o comportamento humano é determinado pelo projeto da pessoa em situação. A agência pessoal implica o exercício da liberdade, e só assim o ser-humano se torna responsável pelas consequências do seu agir. A identidade decorre da escolha, não o inverso.

Face à ausência de uma estrutura absoluta que providencie uma norma universal que oriente ou valide a ação, o aparecimento de conflitos internos que provocam ansiedade é inevitável. A psicoterapia existencial trabalha estas questões, enfatizando as condições inevitáveis da existência (*givens*, na linguagem de Yalom) que contêm em si os paradoxos irreconciliáveis do ser-humano: a morte, o isolamento, liberdade e ausência de sentido²³. É possível encontrar semelhanças entre as condições de Yalom e as quatro situações-limite (*Grenzsituation*) de Karl Jaspers: a morte, o sofrimento, o combate e a culpa, situações inevitáveis nas quais o homem confronta a sua própria existência²³. A confrontação com as condições inevitáveis da existência não é explorada abstratamente, mas sim no mundo da experiência (*Lebenswelt*), que é partilhado pelo paciente e pelo terapeuta. Na psicoterapia existencial, a avaliação da experiência ocorre em quatro dimensões da existência: física (*Umwelt*), social (*Mitwelt*), psicológica (*Eigenwelt*) e espiritual (*Uberwelt*)³⁰. Esta última dimensão (*Uberwelt*) foi desenvolvida por Van Deurzen, denotando a importância de conferir um sentido à vivência das outras dimensões.

Como já referido, em pacientes oncológicos a psicoterapia de orientação existencial tem tido um papel significativo, nos últimos anos. Numa revisão recente, com 21 ensaios clínicos randomizados de psicoterapia de orientação existencial, concluiu-se que as psicoterapias existenciais que incorporam psicoeducação, exercícios e discussão do sentido da vida têm efeitos positivos em determinadas populações de pacientes, nomeadamente os pacientes com doença orgânica³¹.

A questão que surge agora é da premência e aplicabilidade desta abordagem na situação específica da esquizofrenia.

Em termos psicopatológicos a esquizofrenia pode ser concetualizada como uma perturbação do Self, em várias dimensões: atividade, continuidade ao longo do tempo, auto-identidade e fronteiras em relação ao exterior³².

Eugène Minkowski, fenomenologista clássico, descreveu a falta de sintonia entre o esquizofrênico e as outras pessoas e o mundo, como perda de “contacto vital com a realidade” (“*contact vital avec la réalité*”)³³. Esta não seria mais do que a tradução da alteração mórbida constitucional na estrutura têmporo-espacial da experiência subjetiva³³.

Décadas mais tarde, mas partindo de Minkowski, Laing enfatizou as dificuldades existenciais dos pacientes com perturbações psicóticas, nomeadamente a diminuição do sentimento de identidade e o medo constante de que aniquilação do *Self*. Esta insegurança foi considerada por Laing ontológica, no sentido primordial, fundamental (*ontological insecurity*)³⁴. Inclui o medo do engolfamento, da implosão e da petrificação. O delírio para Laing pode representar um refúgio e uma recuperação temporária da segurança ontológica. Nesse sentido realçou que nem sempre a sintomatologia do esquizofrênico é carente de significado. Por vezes o sintoma reflete preocupações existenciais e constitui uma forma de comunicar a angústia. Por um lado, Laing opõe-se assim à ideia clássica jaspersiana de incompreensibilidade do delírio, e por outro coloca num nível mais “grave” a ansiedade existencial do esquizofrênico (um ponto de discórdia em Van Deurzen, por exemplo, que vê na insegurança ontológica um equivalente de ansiedade existencial)³⁰.

Outro insight importante é o da investigação fenomenológica, que está a ser realizada atualmente na Dinamarca. Para Parnas, a esquizofrenia pode ser definida essencialmente como uma perturbação da intencionalidade pré-refletiva (*core self*) que a nível clínico se manifesta com alterações na consciência de si (sentido de identidade instável, hiperreflexividade), perturbações autopsíquicas (pressão e bloqueio de pensamento, espacialização do pensamento), perda do senso comum (perplexidade) e alterações existenciais (grandiosidade solipsística, entre outras)³⁵. As últimas podem ser entendidas como alterações de um *self* narrativo (*narrative self*). A psicoterapia pode assim ter como objetivo último a construção de um *self* narrativo coerente em pessoas com um *core self* instável.

Não certamente Laing ou Binswanger, mas uma parte considerável de autores do movimento fenomenológico-existencial focaram-se principalmente nas perturbações ditas neuróticas, ou em pacientes sem patologia mental grave. A título de exemplo, May e Yalom conceptualizaram a ansiedade neurótica como fuga a uma ansiedade existencial²³⁻²⁵ enquanto Frankl descreveu a neurose noogénica caracterizada por angústia existencial²⁷. Contudo, refletindo acerca da esquizofrenia, Yalom salienta a premência das abordagens existenciais já que “the existential nature of human reality makes brothers and sisters of us all”²³. É prioritário recolocar as perturbações psicóticas, nomeadamente a esquizofrenia, no seio dos desenvolvimentos das várias escolas da psicoterapia existencial.

Existem poucos estudos empíricos que avaliem a psicoterapia existencial na esquizofrenia. Realçamos um estudo norte-americano (embora numa linha teórica diferente) que mostrou que uma psicoterapia que possibilite a reconstrução das narrativas da vida dos esquizofrênicos pode melhorar as experiências destes pacientes nas relações interpessoais³⁶. Num estudo recente no Brasil com esquizofrênicos e cuidadores quatro temas existenciais foram identificados como prioritários: a necessidade de desenvolvimento pessoal, de

encontrar significado para a vida, necessidade de ser respeitado e não sofrer discriminação, conflito resultante de perda de autonomia e importância de compreensão e reconhecimento da doença³⁷.

Experiência de um grupo psicoterapêutico de pacientes esquizofrênicos no Porto

Descrevemos agora a experiência de um grupo psicoterapêutico com pacientes esquizofrênicos. Este grupo reúne-se, entre as 09h30 e as 11h, às quartas-feiras e com periodicidade quinzenal, podendo ser frequentado por qualquer pessoa com esquizofrenia da área de influência do Hospital de Magalhães Lemos. O grupo é de funcionamento aberto, já que uma das primeiras dificuldades detetadas foi a fraca adesão do paciente psicótico à forma fechada de grupo, a qual encontra eco na literatura existente¹⁰. Não existe um número limite de sessões, nem um programa previamente estruturado.

O grupo tem como principal terapeuta um psiquiatra, que é também psicoterapeuta existencial, facilitado por um ou mais co-terapeutas, também psiquiatras, e é composto por cerca de vinte pacientes com esquizofrenia em remissão (de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5), com uma média de idades de 53 anos. Todos os pacientes do grupo se encontram a realizar terapia psicofarmacológica e integrados em programas de reabilitação psicossocial. Embora os pacientes estejam relativamente estabilizados em termos de sintomatologia positiva estes ainda interagem muitas vezes de forma inapropriada, têm pouca iniciativa nas suas atividades diárias e dificuldade em estabelecer relações interpessoais. O grupo surgiu, assim, da *necessidade* de complementar o tratamento psicofarmacológico e o tratamento psicoterapêutico individual, com uma intervenção psicoterapêutica, que colmatasse algumas dessas dificuldades.

Cada sessão terapêutica decorre em três fases. A primeira fase de aquecimento consiste numa meditação em silêncio, durante cerca de cinco minutos, seguida da discussão do tema da semana anterior. A segunda fase é a de desenvolvimento, ocupando a maior parte da sessão terapêutica, na qual se desenvolve um novo tema. Por fim, na conclusão, um dos co-terapeutas resume sucintamente o mais relevante da sessão terapêutica.

Nas fases iniciais, observou-se que os pacientes se apresentavam centrados em si mesmo, parecendo alheados do ambiente. No início do grupo falou-se essencialmente da doença e dos medicamentos, com um foco nos sintomas e nas dificuldades inerentes ao tratamento. Assim, nesta fase, o grupo foi essencialmente psicoeducativo. A necessidade dos medicamentos foi explicada como o filtro para a máquina fotográfica. Os medicamentos funcionam como “filtro” e “sem filtro pode queimar-se a película”. A doença foi entendida como uma condição decorrente da facticidade, no sentido existencialista. Porém, mesmo com a doença continua a ser possível e imperioso realizar escolhas. O tratamento é uma escolha, a recuperação pode ser um projeto existencial, no sentido sartriano de projeto enquanto plano desenvolvido e projetado no futuro pela pessoa²⁴. Por outro lado o tratamento compulsivo, imposto pela lei da saúde mental, não pode ser um projeto existencial, já que o projeto não pode ter uma fundação extrínseca.

Nas sessões seguintes, quando os pacientes se tornaram mais envolvidos com o ambiente, foram progressivamente abordadas as verdadeiras questões existenciais. O foco foi desviado então da doença, para os problemas existenciais, no que dizem respeito à pessoa, desde as questões da morte e da finitude, às questões da autenticidade e das relações com os outros. As pessoas do grupo foram incentivadas a abandonar o rótulo social de “doença” que por vezes é usado como refúgio. Ao integrar a doença na totalidade da existência individual, os pacientes começaram a relacionar a angústia, não só com os períodos de doença, mas também com a sua própria trajetória existencial.

Sem deixar de admitir que o paciente percebe a realidade externa de forma patológica, reconhece-se a consciência que participa na construção dessa realidade³⁸. O caráter patológico não diminui em nada a necessidade de reconhecimento da experiência e validação do sofrimento. O sintoma (alucinação, delírio) foi transportado da esfera intrapsíquica para a esfera grupal, interpessoal, e o paciente encorajado a significar. Importa referir que no grupo existiu um propósito hermenêutico, para além do foco descritivo. Esta intenção hermenêutica, que promove a significação, é em certa medida heideggeriana, “the meaning of phenomenological description as a method lies in interpretation”²⁸.

Um dos pacientes conseguiu deixar de fumar e começou a incentivar os outros. O efeito grupal torna esta solicitação qualitativamente distinta de uma sugestão de um familiar ou de um conselho médico. No grupo não se tratou tanto do individualismo absoluto de Kierkegaard, mas sim a preocupação com o outro de Frankl, o cuidado (*Sorge*) referido por Heidegger^{24,28}. A autenticidade exerce-se também nas relações interpessoais. Os pacientes esquizofrênicos vivenciam muitas relações em que se sentem observados, coisificados, o modo “I-it” na nomenclatura de Buber. Foi patente a dificuldade na abertura ao modo relacional “I-thou”. Reconhecendo os défices que estes pacientes apresentam na vinculação ao outro, em parte decorrentes de alterações do funcionamento cerebral, foi feito o apelo do outro enquanto presença, no sentido de fidelidade (Gabriel Marcel) e de uma receptividade primordial ou responsabilidade ética (Lévinas).

Aos poucos, o contexto grupal possibilitou que o outro passasse a ser apercebido de forma menos ameaçadora. O ambiente neutro fez com que fenómenos negligenciados ou reprimidos passassem a ser revelados. Quase paradoxalmente, apercebemo-nos que este ambiente securizante pareceu alterar o insight, em alguns casos. De fato, o conhecimento pessoal pode fazer-se acompanhar de um ganho de insight, já que este pode ser perspectivado como uma parte do conceito geral do autoconhecimento (“*insight is the direct product of knowing ourselves*”³²). Isto pode ser particularmente relevante porque na esquizofrenia a ausência de insight em relação a doença é um dos aspetos mais frustrantes da prática psicoterapêutica⁷. Mesmo na maioria dos casos em que não se observou um aumento assinalável do insight, o comportamento em relação à doença (o *illness behaviour* de Mechanic, 1978) é alterado. O paciente passa a pedir ajuda e a forma como percebe e avalia os sintomas é diferente.

No grupo privilegiou-se o diálogo socrático (que remonta quer à terapia racional-emotiva quer à logoterapia de Frankl)³⁹. Favoreceu-se a desreflexão, pela qual o paciente é estimulado a ignorar os sintomas

e a orientar a atenção para o mundo externo²⁴. Porém, ao contrário da logoterapia Frankl, que tem aspectos diretivos como as prescrições paradoxais²⁷, no grupo foi sempre preferido um modelo não diretivo.

Um dos temas mais debatidos foi a ansiedade, que constitui um bom exemplo prático na distinção de um grupo existencial, de um grupo psicodinâmico ou cognitivo-comportamental. Para o terapeuta cognitivo-comportamental a ansiedade é função de um pensamento irracional, que antecipa resultados negativos. Já um terapeuta psicanalista tenderá a ver a ansiedade como uma tensão que advém do regresso de impulsos reprimidos, quando um dado estímulo ultrapassa as defesas do ego. Para um terapeuta de orientação existencial, a ansiedade é vista como inerente à condição humana. Assim, a ansiedade é parte de um ser-humano saudável, consciente de si, responsável por tomar decisões. No grupo algum desconforto foi encorajado, não foram fornecidas as respostas tranquilizadoras, ou um modelo hermético, mas tentaram estimular-se as capacidades de cada pessoa, para que esta fosse capaz de observar melhor a situação. Se o terapeuta cognitivo-comportamental deseja que o paciente se torne mais objetivo em relação aos seus pensamentos e às suas dificuldades, o terapeuta existencial, pelo contrário, aprofunda a subjetividade do paciente, onde radica toda a experiência humana.

Numa outra sessão foi discutida a diferença entre ética e moral, recorrendo a exemplos práticos. A ética é a da pessoa, pessoalizada, enquanto a moral é social, variando no espaço e no tempo. A ética está relacionada com os valores. Introduziu-se a noção existencial de valor (por contraposição à noção comercial de valor) com um dualismo. A pessoa por um lado “descobre” (intui) o valor na situação (noção proveniente de Max Scheller)³ e por outro lado a pessoa é criadora dos seus próprios valores através das suas ações (noção sartriana).

Surgiram vivências do passado, relacionadas com a culpa. Esta tem sido descrita com frequência em pacientes esquizofrênicos, assim como a de um constructo psicológico, o auto-criticismo. Em termos existenciais, a culpa não se refere na relação com os outros (uma questão moral), mas sim como um remorso em relação a si mesmo, uma questão existencial. A culpa advém da liberdade²³, para o existencialista é inevitável a confrontação com a culpa de se ter realizado uma determinada escolha, em detrimento de outras pessoas. A escolha traz o peso da culpa de não se ter optado por outras possibilidades. E o foco é trazido de volta ao presente: “haverá outras possibilidades agora?”, “o que se pode fazer no futuro?”.

Um paciente queixou-se do excesso de autoridade policial, remetendo para a vivência de um internamento compulsivo. E um outro paciente é polícia aposentado. Nessa sessão foi discutida a autoridade, no sentido moral e social, e a autoridade no sentido existencial. A última no sentido de cada pessoa ser o autor da sua vida, inserida num espaço, num tempo e compartilhada com o outro. Um paciente músico verbalizou ao grupo as dificuldades de integração que sente. Passa a maioria dos dias em casa e frequenta o grupo esporadicamente. Nessa sessão sublinhou-se a harmonia que pode existir na dissonância, dando-se exemplos próprios ao mundo experiencial do paciente (a dissonância musical de Astor Piazzolla).

Foram estimuladas as capacidades de comunicação. Numa sessão, um paciente queixava-se das dificuldades de comunicação os pais. Foi abordada a diferença entre informar e comunicar, com um foco nos

aspectos intersubjetivos e empáticos da comunicação. Foi explicada a teoria geral da comunicação e enfatizado, em palavras simples, o conceito jaspersiano de comunicação existencial. Como é reconhecido, a esquizofrenia também apresenta défices de linguagem importantes⁷. Um paciente analfabeto, com 40 anos, graças à intervenção multidisciplinar da equipa de reabilitação psicossocial, aprendeu a ler e a escrever. Posteriormente, por sua iniciativa passou a ler ao grupo a agenda cultural da semana, no final de cada sessão.

Os pacientes foram encorajados durante a semana a pensar sobre o tema da sessão e em aplicar os pressupostos apropriados. Não raras vezes trouxeram versos, poemas, pinturas para as sessões.

Concluindo, ao longo do tempo os pacientes descentraram-se da sua patologia, assumindo-se como pessoas. À medida que o viver se transformava no existir, colaboraram melhor no tratamento psicofarmacológico. Apesar de continuarem a apresentar dificuldades, os pacientes fizeram bom uso do *setting* terapêutico: expressaram emoções e refletiram, compreendendo a importância de serem autores do projeto da sua vida. Combateu-se a cronificação, estimulando-se um self “narrativo” mais coerente e estável ao longo do tempo. O outro deixou de ser encarado como uma ameaça, e a outridade, como existencial, começou a fazer parte do seu mundo.

Implicações para a prática clínica

O paradigma científico da psiquiatria atual é por excelência “essencialista”. As neurociências (herdeiras do positivismo científico), as nosologias contemporâneas e os algoritmos terapêuticos atuais (baseados em modelos categóricos) não apreendem por completo a experiência subjetiva de um paciente esquizofrênico. Usando uma metáfora pós-moderna, estas narrativas ignoram frequentemente a compreensão do narrador que as constrói.

Apresentámos a experiência de uma psicoterapia de grupo de inspiração fenomenológica-existencial em pacientes esquizofrênicos. A principal vantagem deste modelo é basear-se numa concepção fenomenológica da esquizofrenia como perturbação do Self. A alteração patológica das estruturas fundamentais da subjetividade preconiza maiores dificuldades existenciais. Neste sentido, a psicoterapia de grupo de inspiração fenomenológico-existencial pode endereçar os conflitos existenciais e ajudar a pessoa a dar significado às suas experiências, valorizando a autonomia, o crescimento pessoal e o desenvolvimento da autenticidade. O contexto grupal favorece a partilha, a normalização da experiência e o desenvolvimento da relação empática com o outro. Parece-nos que uma outra vantagem deste modelo descrito reside no fato de ser flexível, já se prescinde de estruturação rígida.

Realçamos novamente que este modelo não pretende tratar a esquizofrenia *per se*. Porém, pode conceder ao tratamento médico e psicoterapêutico significado. Isto é relevante numa doença mental grave, que cursa com incapacidade, pouco insight, pouca adesão e até resistência ao tratamento. Precisamente um dos benefícios da abordagem apresentada é a compatibilidade com outros modelos de psicoterapia.

Certamente que um paciente esquizofrênico com perturbação de ansiedade social pode continuar a beneficiar de técnicas cognitivas e comportamentais para diminuir a ansiedade excessiva em situações, nas quais se sinta alvo de escrutínio, por exemplo. A ansiedade social do paciente em nada diminui as questões existenciais mais profundas relacionadas com o problema da intersubjetividade, ou o conflito existencial do isolamento, por exemplo. Por outro lado, a impressão clínica mostra-nos que surgem com frequência nestes pacientes estados emocionais negativos, de tristeza e de culpa, que nem sempre são a tradução de uma depressão comórbida. O sofrimento na esquizofrenia aparece num espaço fenomenológico que nem sempre é coincidente com as dimensões neuropsicológicas ou as alterações neuroquímicas do funcionamento cerebral. A sobre medicação destes estados é dotada de potencial iatrogénico.

Seria pouco existencial ignorar as limitações do modelo. A questão do abandono precoce e o risco de um paciente com comportamento mais desviante ser rejeitado pelo grupo são problemas clássicos inerentes às psicoterapias de grupo⁴⁰. Por se tratar de pacientes esquizofrênicos lembramos a possibilidade de existir algum grau de défice de competências sociais. Este défice conjuntamente com a sensibilidade interpessoal elevada pode dificultar uma verdadeira coesão grupal. Estas limitações podem ser contornadas, pelo menos em parte, com critérios mais rigorosos na escolha dos pacientes, que identifiquem pacientes de alto risco. Existe ainda a possibilidade de oferecer acompanhamento psicoterapêutico existencial individual aos pacientes que não consigam integrar um grupo.

Algumas noções desenvolvidas podem ser difíceis de vir a ser aplicadas em pacientes com limitações socioeconômicas. Por outro lado, a integração significativa de alguns aspetos pode ser dificultada em pacientes que mesmo em remissão apresentem menos recursos neurocognitivos ou dificuldades notórias no raciocínio abstrato. Apesar de existir evidência empírica que o maior insight na esquizofrenia poder predispor ao aumento de risco de suicídio, não constatámos ao longo do funcionamento do grupo a emergência de sintomas depressivos ou de ideação suicida.

A metodologia fenomenológica utilizada em abordagens existenciais nem sempre facilita a sua investigação empírica, particularmente no mundo da psicoterapia, dominado pela investigação quantitativa. Porém, sem ela torna-se mais difícil convencer organismos de saúde a realizar investimento nestas abordagens terapêuticas. No futuro consideramos premente avaliar se este modelo de psicoterapia se traduz num melhor funcionamento psicossocial com menos sintomatologia negativa, menos recaídas clínicas e melhor qualidade de vida.

Referências

1. Brus M, Novakovic V, Friedberg A. Psychotherapy for schizophrenia: a review of modalities and their evidence base. *Psychodyn Psychiatry*. 2012 Dec;40(4):609–16.
2. Lopes, RG. *Psicologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições; 2006.

3. Cooper, M. *Existential Therapies*. London: SAGE Publications; 2003.
4. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010 Jan; 19(1):21–8.
5. Vos J. Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliat Support Care*. 2015 Aug;13(4):885–900.
6. Spinelli, E. Existential psychotherapy: An introductory overview. *Análise Psicológica* (2006), 3 (XXIV): 311-321.
7. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016 Jul 2;388(10039):86–97.
8. Orfanos S, Banks C, Priebe S. Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom*. 2015;84(4):241–9.
9. Segredou I, Xenitidis K, Panagiotopoulou M, Bochtsou V, Antoniadou O, Livaditis M. Group psychosocial interventions for adults with schizophrenia and bipolar illness: the evidence base in the light of publications between 1986 and 2006. *Int J Soc Psychiatry*. 2012 May;58(3):229–38.
10. Yalom I, Leszcz M. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Fifth edition. New York: Basic Books; 2005.
11. Gabrovsek VP. Inpatient group therapy of patients with schizophrenia. *Psychiatr Danub*. 2009 Sep;21 Suppl 1:67–72.
12. Sadock B, Kaplan, H. *Comprehensive Group Psychotherapy*. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1983
13. Hunter R, Barry S: Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: neglected but important targets for treatment. *Eur Psychiatry* 2012;27:432–436.
14. Vera TS, Luciano M. Um olhar sobre a psicose através do Psicodrama. *Revista Portuguesa de Psicodrama*, 2011; VIII: 15-23.
15. Ferreira G. Psicoterapias de Grupo e Grupanálise: suas especificidades e relações. *Análise Psicológica*, 1989, 1-2-3 (VII): 265-276.
16. Lazell, E. W. The group treatment of dementia praecox. *Psychoanalytic Review* 1921, 8:168-179.
17. Willem H. J. Martens. Healing dynamics of psychosis. *International Forum of Psychoanalysis*. 2012, 21:2, 68-81
18. Bion WR. Group dynamics: a review. *Int J Psychoanal*. 1952;33(2):235–47.
19. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(6):CD002831.
20. Morrison AK. *Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia*. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet]. 2009 Dec;6(12):32–9.

21. Wykes TA, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, Landau S: What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res* 2005;77:201–210.
22. Barrowclough C, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddle R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006 Dec;189:527–32
23. Yalom, I. D. *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books Inc Publishers; 1980.
24. Spiegelberg H. *Phenomenology in Psychology and Psychiatry*. USA: Northwestern University Press; 1st edition; 1972.
25. May, R. *Existential psychology*. New York: Crown/Random House; 1961.
26. Binswanger L. *Existential Analysis and Psychotherapy*. PPS. 1955;3(Suppl. 1):33–8.
27. Frankl VE. *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. New York: Simon & Schuster; 1984.
28. Heidegger M. *Being and Time*. Oxford: Oxford Basil Blackwell; 1980.
29. Vitemb SA. *Existential Thinking and Its Influence on Group Therapy*. Group. 2012.
30. Deurzen EV. *Existencial Counselling & Psychotherapy in Praticce*. London: SAGE; 2002.
31. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2015 Feb;83(1):115–28.
32. Oyeboode F. *Sim's Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathlogy*. Fifth edition. London: SAUNDERS Elsevier; 2015.
33. Minkowski E. *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Paris: Payot; 1927.
34. Laing RD. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin; 1965.
35. Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry*. 2014 Sep–Oct;22(5):251–65.
36. Lysaker PH, Lancaster RS, Lysaker JT. Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychol Psychother*. 2003 Sep;76(Pt 3):285–99.
37. Wagner LC et al. Existential questions in Schizophrenia: perception of patients and caregivers. *Rev Saúde Publica*, 2011 Apr; 45(2): 401-8.
38. Frankel B. Existential issues in group psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 2002 Apr;52(2):215–31.
39. Teixeira J. Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*. 2006, 3 (XXIV): 289-309.
40. Howard B. Roback. Adverse Outcomes in Group Psychotherapy – risk factors, prevention and research directions. *J Psychother Pract Res*; 9:3, Summer 2000.

Colaborações: revisão bibliográfica e redação do artigo foi realizada por Gustavo França Santos; revisão do artigo e supervisão do trabalho foram realizados por Ana Maria Moreira e Raúl Guimarães Lopes.

Correspondência

Gustavo França Santos

R. Prof. Álvaro Rodrigues, 4149-003

Porto, Portugal

Submetido em: 29/06/2017

Aceito em: 09/11/2017