

Kirk Schneider in psychopathology

BERNADETT DE FREITAS FERREIRA-MARTINS (*)
JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (**)

1. AN OVERVIEW OF KIRK SCHNEIDER

Kirk Schneider, as Irvin Yalom, Stephen Diamond and Myrtle Heery all belong to the “Second Generation Theorists of Existential Psychology” in United States. Of the second generation theorists, Kirk Schneider is the most active contributor that is currently writing. In 1978 he completed a Bachelor of Arts degree with his major subjects being Psychology and Philosophy at the Ohio State University. In 1979 he completed a Masters Degree in Psychology at West Georgia College and later in 1984, a Doctorate Degree, also in Psychology at Saybrook Institute.

Kirk J. Schneider is a licensed psychologist and a leading spokesperson for contemporary humanistic psychology. At Saybrook Graduate School, he is an adjunct faculty member, a colleague at the *American Psychological Association* (through Divisions 32 [Humanistic], 42 [Independent Practice], and 12 [Clinical]).

At present, Kirk Schneider is editor of *The Journal of Humanistic Psychology* as well as a member of the editorial boards of the *Humanistic Psychologist*, *Clinical Psychology: Science and Practice* (2002/2004), the *Review of Existential Psychiatry*

and *Psychology, Person-Centred and Experiential Psychotherapies*, the *Society for Laingian Studies*, *The International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, and the *Psychotherapy Patient*. He is the founding member and past president of the *Existential – Humanistic Institute of San Francisco*.

1.1. Books and articles published

Kirk Schneider has published as many articles, chapters and has authored and edited five books, namely:

- *The Paradoxical Self: Toward an Understanding of Our Contradictory Nature* (Plenum, 1990; Humanity Books, 1999);
- *Horror and the Holy: Wisdom-teachings of the Monster Tale* (Open Court, 1993);
- *The Psychology of Existence: An Integrative, Clinical Perspective* (co-authored with Rollo May, McGraw-Hill, 1995);
- *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice* (Sage Publishing Co., 2002), and
- *Rediscovery of Awe: Splendor, Mystery, and the Fluid Center of Life* (Paragon House, 2004).

In March 1998, he wrote the lead article in the *American Psychologist* entitled, *Toward a Science of the Heart: Romanticism and the Revival of Psychology*. He also completed (with Larry Leitner) the chapter on *Humanistic Psychotherapies* for

(*) Mestranda em *Relação de Ajuda – Perspectivas da Psicoterapia Existencial*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial, Lisboa.

the *Encyclopaedia of Psychotherapy* (Academic Press, 2002). Kirk Schneider also wrote the chapter on *Existential-Humanistic Psychotherapies* for the second edition of the widely distributed *Essential Psychotherapies* (2003), edited by Alan Gurman and Stanley Messer.

Kirk Schneider was a student and colleague of Rollo May at Saybrook in the San Francisco Bay area where Schneider currently teaches. He collaborated with Rollo May in the book: *The Psychology of Existence: An Integrative, Clinical Perspective* (Schneider & May, 1995). This book was May's final contribution to the field, when Rollo May became ill Schneider took on this project, completing it on his own.

Schneider was also the first editor of the book *The Handbook of Humanistic Psychology* (Schneider, Bugental & Pierson, 2001), contributing to several important chapters in this book. His most recent work, for which he is honoured, include listing in Marquis *Who's Who in America, Who's Who in the World* (2004), and the *Rollo May Award for outstanding and independent pursuit of new frontiers in humanistic psychology awarded by the Division of Humanistic Psychology of the American Psychological Association* (presented at the APA Annual Convention, 2004).

1.2. Influences

In his book *The Paradoxical Self*, Schneider speaks of *paradox* as it is for Kierkegaard, the founder of this perspective. Kierkegaard's objective was the description of human capabilities and limits, as such, human consciousness and how it is paradoxical. He talks about two extremes which are: the *Finitized* (restriction and submission) and the *Infinitized* (mobility and domination).

Finitized and *Infinitized* expression is often, but not always intimidating for people. This expression has different meanings for different people, e.g. isolation or tranquillity is threatening for someone who is dominantly *finitized* or for a dominantly *finitized* individual, having to express himself/herself in public can be a frightening experience. People are considered to be healthy when they see an increase in the opposite behaviour as a means for adaptation rather than as a threat. When the individual is carried out into the *infinite – away from himself* (Kierkegaard, 1954), and sees this as a threat without a capacity to adapt or find a

finitized/infinitized blend, dysfunction or what Kierkegaard terms *fantastical*, occurs.

Schneider considers the language used by Kierkegaard as difficult, especially for the understanding and application of his work. For these reasons, Schneider compares *Finitize* as “constriction”, which is the approach to annihilation of feelings, thoughts and expressions, although one does not literally perceive this. *Infinitize* is compared to “expansiveness”, the approach to boundless thoughts, feelings and sensations, not literally boundlessness. Schneider reformulates Kierkegaard's work, calling it *The Paradox Principle*, which has its grounding on existential-phenomenological traditions in psychology.

1.3. The paradox principle

In explaining *The Paradox Principle*, Schneider (1999) describes it as holding three basic assumptions:

- The human psyche is a constrictive/expansive *continuum*, only degrees of which are conscious;
- Dread of constrictive or expansive polarities promotes dysfunction, extremism, polarization;
- Integration of the poles creates optimal or healthy living.

The human psyche shifts from the constrictive and expansive poles. The constrictive pole defined as the *drawing back* of ones thoughts, feelings and sensations, i.e. slowing, diminishing, and retreating. The expansive pole defined as the *bursting forth* of such thoughts, feelings and sensations, i.e. gaining, enlarging and filling.

The individual perceives through *inclusion* and *exclusion*:

- *Inclusion* – Expansive consciousness enlarges one's experiential field and this includes assertion and incorporation;
- *Exclusion* – Constrictive consciousness includes, yielding (conforming to other's views) and focusing (while focusing one excludes aspects of one's own and of others).

The *centric mode* or centric/centre, is the directive core of consciousness, such as the *ego*. The centric is unlike the *ego* in that it doesn't only derive from parental influences or sense perception. The capacity for imagination, affection and intuition may also influence the centric. Its aim is to control psychic forces and to engage all of one's capabi-

lities as permitted in certain circumstances. It's one's capacity of awareness in directing one's one constrictive and expansive potentialities. The greater the awareness the stronger one's centric.

2. SCHNEIDER'S VIEW OF DYSFUNCTION: PSYCHOPATHOLOGY

Schneider describes the extremes of *The Paradox Principal* as *hyper*, therefore referring to *hyper-constriction* and *hyper-expansion* which can be "mild", "moderate" and "severe". Due to their continuous nature, constriction and expansion infringe upon one another at some stage. This happens especially in cases when one represses certain feelings to such an extent that there is a *return of the repressed* (Freud & Jung, 1958). Examples of these are *slips of the tongue* and *accidents*.

In certain cases where one represses expansiveness, such as aggression the more likely it is one will experience its return. Another example could be that of a person who avoids doing his/her work, this avoidance will increase feelings of feeling burdened by that work. Constrictive and expansive extremes are relative and depend on the judgements of the people concerned and their observers. Dysfunctional extremes are also characterized by a *forced* or *compulsive* quality. While *healthier* individuals will engage in exploratory behaviour mainly out of interest, maniac people will engage in such behaviour mainly out of panic. They feel forced to engage in such behaviour.

2.1. Pathologies in hyperconstriction

During *hyper-constriction* the individual is either distorted into pieces or surrendered to greater powers. The individual's growth and enrichment is affected in that he/she doesn't expand. The examples are:

- *Depression* – Described by various investigators as perhaps the ultimate collapse of one's experiential world (Beker, 1973; Binswanger, 1975). During the depressive state there is noticeable slowness, isolation, oppression and feelings of impotency. As Beker (1973) describes it: *Depressive psychosis is the extreme on the continuum of too much necessity that is, too much finitude, too much limitation by the body...*

- *Obsessive-compulsiveness* – Is less severe and characterized by extreme focalization and ritualizing. As Von Gebattel (1958) describes it: *Its characteristics are narrowness, nature less monotony, and rigid, rule-ridden unchangeability...* As seen in the light of *The Paradox Principle*, there is a fear of expansion – novelty, fluidity and even uncertainty into one's world.
- *Dependency* – An over reliance on people in part due to low self-esteem and self-trust, a great part of which is determined by the support of other people. Autonomy is lost, submitting to other's wishes in fear of the loss of other's affection.
- *Anxiety* – Is the fear of one's own potentials and life and as with dependency, self-trust. It holds characteristics such as being apprehensive, tense and hyper-vigilant but not immobile such as in the case of depression and dependency. The anxious individual may be in fear but hasn't given up at this stage the struggle to go on persists.
- *Fears and phobias* – Pertain to a specific area such as the fear of events and objects. The fear here is of environmental trust. Impinging on the individuals own desires and needs. As Binswanger (1958a) describes the time-disturbance by the individual: *... where the world design is narrowed and constricted to such a degree, the self too is constricted and prevented from maturing ...*
- *Paranoid personality* – Focuses on people and the lack of trust on such people. The individual becomes over sensitive to hostility, criticism, accusation and contempt. *The Paradox Principle* describes paranoia as a *constriction of trust*. Contrary to the above the trust issue here pertains to social trust.

2.2. Pathologies in hyper-expansion

This would be the expansion of one's experiential world:

- *Mania* – Has as characteristics great bursts of movement, feeling and intention with hyperextension of mood, perceived capability and assertion, the opposite of depression. As Binswanger (1975) describes it, one of the most

extravagant forms of expansion, is a *springing forth*;

- *Histrionic people* – Have a great concern with attention, social image, attention and manipulation. For Klein (1972): [*Histrionics*] are *fickle, emotionally liable, irresponsible, shallow, love-intoxicated, giddy and short-sighted ... manipulative, exploitative and sexually provocative, they think emotionally and illogically. Easy prey to flattery and compliments ... they are possessive, grasping, demanding, romantic ... When frustrated or disappointed, they become reproachful, tearful, abusive, and vindictive ... Rejection sensitivity is perhaps their outstanding common feature* (p. 237);
- *Antisocial personality* – As with histrionics they are manipulative, dramatic and immediate, as well as rebellious, violent and reckless. As Millon (1981) would term it: *A major characteristic is what I would term “hostile affectivity”; this is illustrated by the fact that many of these personalities have an irascible temper that flares quickly into argument and attack ...*

Hyper-expansion can also be witnessed in other syndromes such as: hyperactivity, attention-deficit, oppositionality, explosiveness, impulsiveness, and substance abuse associated with autonomic nervous system arousal, e.g. amphetamines and hallucinogens (see American Psychiatric Association, 1980; Binswanger, 1958a, 1958b; Kantizian, 1985; Kuhn, 1958; Prentky, 1979).

2.3. Pathologies in mixed dysfunctions

Mixed dysfunctions are considered to be blends of *constrictive* and *expansive* behaviour, therefore bimodal in character: Tension and release, hardness and softness, rigidity and relaxation ... (Foucault, 1965):

- *Schizophrenia* – Probably the highest point of mixed dysfunction due to its varied behavioural patterns. Binswanger (1958a) draws our attention to *various world designs* and not only *one world design* of the patients. Kierkegaard suspected that schizophrenia can signify a battle of cosmological proportions. It can be a battle that transpires far beyond any

ordinary, or even extraordinary, boundary of life, (Schneider, 1999);

- *Schizoid* – Feels restricted, tied, trapped. As Laing (1969) suggested, *separation vs. relation* instead of *complete isolation or complete merging of identity*. Here the individual may feel he is *bursting forth* in that he/she feels people are getting into themselves or may feel that they are being overpowered or are losing their personality. Schizoids differ from borderlines in that: *borderlines tend to be more social and emotional* (Millon, 1981). Schizoids avoid social contact and use cognitive defences against bonding and separation while borderlines during certain occasions call for contact and use emotional defences against bonding and separation;
- *Manic depressive or bipolar* – The difference from the manic depressive to schizoid and borderline differs in the degree of negativism. The manic depressive individual has more optimism about his/her capabilities, during the manic phase the individual still finds a reason to live.

3. PARADOXICAL UNDERSTANDING

3.1. Possible causes of dysfunctional behaviour

Dysfunctional behaviour is an experience or series of experiences which prompt us to cave in, curl up, or burst apart. The fear of more than death itself, a fear of “groundlessness” ... a sense of infinite collapse (Schneider, 1999).

Parental punishment is a form of constriction, maybe even the most profound forms. Other environmental and personal events may incline toward this polarity, such as the fear of teachers, gang leaders or even of other authoritative family members.

Physical disorders may restrict our senses, way of talking, walking simply moving, breathing, our way of being. This may impose physical and even mental limitations, causing traumas. We can try and wish for more but we can only do a *finite* amount.

Catastrophic events: Floods; thunderstorms; natural and mechanical accidents; earthquakes; war; impose barriers and alter our behaviour in a constrictive manner. There may also be events

which trigger fears of expansion, chaos, recklessness. Such triggered fears may arise from: Our parental figures – their authority, their strength, their powers and their demands. We fear our own physical and mental agitations – being lost, facing fears of the dark, nightmares that startle us, fear of certain movies, places and even of certain people. Other environmental events in our *modern* world may also contribute to or fears of expansion. Events including powerful machines – rockets, tanks, jets, bombs, cars, airplanes, humans fear the possibility of a crash of disasters, such fear prevents expansion.

3.2. Developmental paradoxes

At birth a child comes into a divided yet wide-ranging world, the child is both limited and free having the ability to tap either mode to a realistic degree (Schneider, 1999). The functional world is based on *realistic possibility*. The dysfunctional world on the other hand doesn't reach this possibility, the individual's actions and feelings become one sided – *hyper-constrictiveness*, *hyper-expansiveness* or *dysfunctional mixtures*.

At birth a child has two basic influences: temperament and the environment often influenced by parental interactions (Thomas & Chess, 1977). Seen in light of *The Paradox Principle*, these two influences can be selected as being constrictive or expansive. In early childhood the following are of fundamental importance: *How the child perceives him/herself (i.e. his or her temperament); how the child perceives the surroundings, especially caretakers and the extent to which those perspectives are compatible* (Erikson, 1963; Klein, 1976; Stechler & Kaplan, 1980; Thomas, Chess, & Birch, 1968).

The above being the *perceptual matrix*, we look at *five outcomes* originating from this matrix:

- *Acute trauma* – An event seen as being *immediately* contrary and shocking, sometimes leading to denial;
- *Denial* – Is the refusal to accept or become aware of events one fears (Stechler & Halton, 1987). Denial encourages the next phase in the dysfunctional sequence;
- *Overcompensation* – Is the escapist counteraction of trauma. E.g. *a child would overcompensate for his/her trauma by increasing his/her cry for contact* (Erikson, 1963; Stechler & Halton,

1987). Looking at this example in the light of constriction and *expansion* the rejection of the parent is seen as being constrictive. This constrictiveness is stronger than the child's plea for contact, this contact being the child's expansiveness. The child fears that his/her plea won't be attended to and therefore denies the situation which leads to the persistent cries. Alternatively the child can also *hyper-constrict* due to this acute trauma, by withdrawing. Events and surroundings which impose one's impulses are seen and experienced as being traumatic and even *deathlike*;

- *Chronic trauma* – Is seen in the light of environmental forces or pressures that can't be escaped. Normally with a long-term inability for counteraction as opposed to acute trauma which has a short-term inability in counteraction. As with the above example, a child who's plea is denied for longer will begin to view the original aim of contact as being less desirable. This Schneider calls the *traumatic shift*, where trauma is shifted from the lack of success in the child's aim to the aim itself. In this way the child learns to constrict the aim in the future;
- *Implicit trauma* – Is indirect and transmitted to the individual through other people who have a great influence on such individual, usually older family members. Children whose temperament is similar to that of their parents for example will rather model their parent's behaviour rather than resist it.

The fear of *death* and of ceasing to exist gives rise to dysfunctional behaviour.

3.3. Mixed dysfunctions

People with mixed dysfunctions have *alternating traumatic patterns* which make them feel both *constrictive* and *expansive*. Such dysfunctions include:

- *Passive-aggressive personalities* – These have their roots in inconsistent parenting styles. Each parent may differ considerably in personality which may contribute to opposing parenting styles or a parent within him/herself may have been harsh in one situation and over sympathetic in a similar other situation;
- *Borderlines* – Parenting styles attributed to these individuals were so diverse and unpre-

dictable that they develop issues with separation – relation matters;

- *Schizophrenics* – Are surly the most affected by having the greatest contradictory developmental experiences (Schneider, 1999). They find themselves tied up in contradictions.

When people are faced with a divergence in what they feel and in what they perceive within their surroundings, the greater the chance for dysfunction. The threat lies in the opposing force which leads to a constrictive or expansive infinitude.

3.4. “Everyday” manifestations of these effects

In conventional society there is a great concern with constriction in authority, order, rules etc. While we speak of authority we refer to politicians and religions, all of which provide their own rules and order. There are those within society who oppose constriction which symbolizes for them passivity and entrapment. They are seen as *expansive* individuals who go out of their way to deviate from the *norm* all is artifice, about appearance, holding onto a *shield* which supposedly protect them from the fear of conformity.

Prejudice is a great extreme in constrictive polarization. It is observed in many forms, be it in religion, *hyper-constrictive* political doctrines, in dogmatic oppression towards woman, in wealthy people’s stigma towards the less fortunate, in conservative personalities but to this day the greatest prejudice to man is that of race and the issues of *white vs. colour* and vice versa.

Schneider talks about signs, symbols and dreams as means by which humans distort their fears. *The worst fear in human being is fear without end* (Rutan, 1987). Signs are used in culture and society to *localize the infinite*, they provide guides for information, arrange *constrictive* and *expansive* terror conventionally. Symbols on the other hand involve meaning and arrange constrictive and expansive terror personally. When viewing dreams it may be more useful to view them *not as historical by-products, but as “metaphors” for current problems* (Krippner & Dillard, 1988; Fisher & Greenberg, 1985). How do dreams echo the present? By viewing dreams in this manner, *sexual, mythic and separation themes tend to be of only partial significance* (Krippner & Dillars, 1988). The existential therapist may view dreams in terms of *The Paradox Principle*,

how the dream reflects the person’s constriction or expansiveness at present. In dreams the fear of being abused or trapped relate to the fear of constriction and dissipating.

The Rorschach test is a good example for potential symbolism offering *countless possibilities of perceiving ... providing the testee a freedom of choice* (Schachtel, 1966). In view of *The Paradox Principle* spatiotemporal constrictive and expansive themes should be seen in the Rorschach protocols. As Schachtel (1966) describes these poles in terms of their *specific qualities* on the basis of constriction and expansion: they may be designated as directedness versus diffusion; focused or unfocused, smoothness, evenness versus raggedness, jaggedness; fluid versus angular lines; openness versus closedness; shelter versus oppression; pointedness versus roundedness; completeness versus incompleteness; viable space and freedom to move versus crowdedness and collision.

As there is an increase in dysfunction, polarities become less clear. This happens with neurotics but even more so with schizophrenics. Schizophrenic content is *bizarre, otherworldly, and cosmic* (Exner, 1986; Wagner, 1981). When schizophrenics refer to sexuality, they are unpleasant, peculiar or contradictory in that they refer to sexuality in a *constricted record* (Shafer, 1948).

3.5. Favourable confrontations with paradox

We have seen that Schneider speaks of two human responses to the infinitude, namely *dysfunctional* and *conventional*. The dysfunctional try to avoid their fear through personal means, schizophrenia, depression and the creation of a world rich in symbols. The conventional avoid their fears with the use of drugs, prejudices, religions and in the use of signs. From the existentialist point of view *healthier* people are those who don’t avoid or run from their *constrictive* and *expansive* capacities, they confront and challenge such capacities to find a point within the polarities with which they feel comfortable with. These people have a greater sense of purpose they live their experiences of work and love passionately and intensely always aiming at their best. Optimal people have well-developed centers (Schneider, 1999).

3.5.1. “Optimal People” vs. “Mad”

Both tend to perceive *constrictive* and *expansive*

extremes and both confront paradox directly. Psychiatric patients as geniuses go to great extremes and find ways to promote them. What happens is that the mad *cave in* at their extremes whereas the optimal redirect and mobilize themselves (Schneider, 1999). Optimal individuals are well balanced, as Schneider puts it, *they know when and in what degree to yield, focus, assert, and incorporate*.

3.5.2. Favourable physical health

Perceptions which blend *constrictive* and *expansive* extremes increase bodily health. People who's perceptions tend to lean towards extremities of the polarities will have *dysfunctions* e.g. depression, anxiety and so on, which will have damaging consequences on the individuals bodily health.

There are a number of aspects which may attribute to incongruence of the polarities and thus to poor health. Such aspects are for e.g. loneliness, as per a study conducted on widowers who had a 40% greater death rate for their age group within the first six months of the death of their partners (Parks, Benjamin, & Fitzgerald, 1969). People with a great need for dominance often have health problems. One's personality and how one perceives one's world influences one's health. Individuals who are greatly affected by stress have constant *fight and flight* urges which deteriorate one's health. From *The Paradox Perspective*, "flight" imposes feelings of constrictiveness as one feels trapped and suffocated with a need for withdrawal and repression, contributing to psychiatric disorders such as anxiety, depression, dependency, as well as obsessive-compulsiveness (Lyketsos & Lyketsos, 1986). "Fight" is related to expansiveness in that the individual has feelings of enlargement and explosiveness and competitively, in "fight" it's common to find mood and impulse disorders. On the other hand, good integration of *flight and fight*, or balance promoting flexibility and control have positive effects on the body.

REFERENCES

- Beker, E. (1973). *Denial of death*. New York: Free Press.
- Binswanger, L. (1958a). The existential analysis school of thought. In R. May, E. Angel, & H. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology* (pp. 191-213). New York: Basic Books.
- Binswanger, L. (1975). *Being in the World: Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books.
- Colorado School of Professional Psychology (2004). *Dr. Kirk Schneider to Present on Rediscovering Awe at COSP*. Retrieved January 14th, 2006 from http://www.cospp.edu/news/kirk_schneider_jan_06.htm
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Existential Therapy (2006). *Key Figures in Existential Psychotherapy*. Retrieved January 14th, 2006 from <http://www.existential-therapy.com/Key-Figures.htm>
- Exner, J. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system, basic foundations* (Vol. I). New York: Wiley.
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Vintage.
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press. (Original work published in 1912.)
- Gebattel, V. von (1958). The world of the compulsive. In R. May, E. Angel, & H. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology* (pp. 170-187). New York: Basic Books.
- Jung, C. (1958). *Psyche and symbol: A selection from the writings of C. G. Jung* (V. Laszlo, Ed.). Garden City, NY: Anchor/Doubleday.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142 (11), 1259-1264.
- Kierkegaard, S. (1954). *Fear and trembling and sickness unto death*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Klein, D. (1972). *Psychiatric case studies: Treatment, drugs, and outcome*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Klein, G. (1976). *Psychoanalytic theory: The exploration of essentials*. New York: International Universities Press.
- Krippner, S., & Dillard, J. (1988). *Dreamworking: How to use your dreams for creative problem solving*. New York: Bearly Limited.
- Kuhn, R. (1958). The attempted murder of a prostitute. In R. May, E. Angel, & H. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimension of psychiatry and psychology* (pp. 365-425). New York: Basic Books.
- Laing, R. (1969). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Middlesex, England: Penguin.
- Lyketsos, G., & Lyketsos, C. (1986). Hostility and mind-body interactions: A Greek perspective. *Advances*, 3 (4), 122-133.
- Million, T. (1981). *Disorders of personality: DSM III, Axis II*. New York: Wiley.
- Parks, C., Benjamin, B., & Fitzgerald, R. (1969). Broken heart: A statistical study of increased mortality among widowers. *British Medical Journal*, 1, 740-743.
- Prentky, R. (1979). Creativity and psychopathology: A neurocognitive perspective. In B. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (pp. 1-39). New York: Academic Press.

- Schachtel, E. (1966). *Experimental foundations of Rorschach's test*. New York: Basic Books.
- Schafer, R. (1948). *The clinical application of psychological tests: Diagnostic summaries and case studies*. New York: International Universities Press.
- Schneider, K. (1999). *The Paradoxical Self: Toward an Understanding of our Contradictory Nature*. New York: Humanity Books.
- Schneider, K., Bugental, J., & Fraser Pierson, J. (2001). *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory Research and Practice*. New York: Sage Publications.
- Schneider, K., & May, R. (1995). *The Psychology of Existence: An Integrative, Clinical Perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Stechler, G., & Kaplan, S. (1980). The development of the self: A psychoanalytical perspective. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 35, 85-105.
- Stechler, G., & Halton, A. (1987). The emergence of assertiveness and aggression during infancy: A psychoanalytical systems approach. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 35 (4), 821-838.
- The Society for Laingian Studies (2006). *Advisors*. Retrieved January 14th, 2006 from <http://64.233.183.104/search?q=cache:mdw7KwgSWxoJ:laingsociety.org/laingbods/cvita/schneider.htm+kirk+schneider&hl=en&ct=clnk&cd=3>
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1968). *Temperament and behaviour disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Wagner, E. (1981). *The interpretation of projective test data: Theoretical and practical guidelines*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

RESUMO

Kirk Schneider acentua que a psicologia precisa de uma fundamentação diferente dos pontos de vista tradicionais. Fala-nos de uma perspectiva integrada com fundamentos existenciais, que privilegia métodos qualitativos de investigação, em vez de métodos quantitativos. A experiência humana é vista como artística, criativa, expressiva (“livre”), enquanto que, simultaneamente, pode ser restringida (“limitada”) pelo ambiente e por factores sociais. Como indivíduos, se nos confrontarmos e nos adaptarmos, somos enriquecidos e reanimados. Se escolhermos ignorar a situação, ficamos “polarizados” e daí disfuncionais (psicopatologia). Kirk Schneider caracteriza clinicamente a dialéctica da liberdade limitada, a capacidade do indivíduo para “constringir” (recuar), “expandir” (libertar) e “centrar-se” em si próprio.

Palavras-chave: Livre, limitada, retrain, expandir, polarizado.

ABSTRACT

Kirk Schneider emphasises that psychology needs a different grounding from traditional psychology viewpoints. He talks to us about an existential-integrative psychology grounding which has its basis on phenomenology, which is concerned with qualitative rather than quantitative methods. Human experience is seen as being artistic, creative, expressive (“free”), while at the same time it can be constrained (“limited”) by the environment and social viewpoints. If as individuals we confront and adapt we become enriched and revived. If we choose to ignore the situation, we become “polarized” and thus dysfunctional (psychopathology). Kirk Schneider clinically characterizes the “freedom-limitation dialectic” the capacity of the individual to “constrict” (draw-back), “expand” (burst-forth) and of “centring” him/herself.

Key words: Free, limited, constrict, expand, polarized.

Ronald D. Laing: A política da psicopatologia

GUIOMAR GABRIEL (*)

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (**)

A existência é uma chama que constantemente ataca e revivifica as nossas teorias. O pensamento existencial não oferece qualquer segurança, nenhum abrigo ao sem-abrigo. Não se dirige a ninguém, salvo a vocês e a mim. Encontra a sua justificação quando, por cima do abismo das nossas linguagens, dos nossos erros, dos nossos devaneios e das nossas perversidades, fazemos, na comunicação com outrem, a experiência de uma relação estabelecida, perdida, destruída ou reencontrada. Esperamos partilhar a experiência de uma relação, mas o único ponto de partida honesto (e talvez o único fim) é talvez partilhar a experiência da ausência de relação.

(Ronald D. Laing, 1972)

1. INTRODUÇÃO

É objectivo deste artigo apresentar de forma compreensiva alguns dos principais conceitos de Ronald D. Laing (1927-1989) acerca da psicopatologia e da psicose. Laing foi um psiquiatra e psicanalista escocês, preocupado desde cedo com o tratamento a disponibilizar às pessoas diagnosticadas como psicóticas:

face a uma pessoa “o seu tratamento é a forma como eu a trato” (Laing, 1987). Este foi, antes de mais, o primeiro grande contributo de Laing: o paciente tem de ser tratado como uma pessoa.

Laing, através duma perspectiva fenomenológica e existencial tentou tornar o processo de enlouquecimento inteligível. Este objectivo acompanhou-o ao longo de toda a sua obra. Fez uma crítica clara aos pontos de vista comportamental e psicanalítico da época no que se referia à psicose, embora vários aspectos da sua obra tenham sido influenciados pela psicanálise. Laing tentou estabelecer uma alternativa na forma de conceptualizar a loucura. Essa alternativa foi essencialmente influenciada por concepções provenientes do existencialismo de Sartre, nomeadamente na forma como se empenhou em demonstrar que a psicose teria um significado existencial, isto é, representaria ainda uma tentativa última do sujeito construir um significado para a sua existência.

Laing pode considerar-se um pensador típico das décadas de 1960 e início da de 1970 do século XX, uma época de grandes tensões e de rupturas com o estabelecido. Sabendo colocar as suas ideias confrontativas e politizadas de forma eloquente e viva, se bem que resistisse sempre a ser enquadrado em qualquer ideologia política, Laing tornou-se o psiquiatra *fetice* daquela época. Produziu um discurso inovador sobre a psicose, que teve grande ressonância em muitos círculos intelectuais da época e que, em vários aspectos, volta de novo a fazer sentido numa altura na qual a tendência que domina a psiquiatria faz dos psiquiatras “repara-

(*) Mestranda em *Relação de Ajuda – Perspectivas da Psicoterapia Existencial*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial, Lisboa.

dores” de cérebros, que está bem patente na deriva actual da psiquiatria biológica. Não que Laing tenha rejeitado liminarmente a influência de factores biológicos na esquizofrenia, uma vez que lhes conferia estatuto de factores predisponentes (Cooper, 2003). Mas em toda a sua obra perseguiu uma finalidade principal: procurar um sentido para a loucura, contextualizando socialmente o fenómeno da psicose. A seu ver, mesmo os comportamentos mais estranhos e bizarros seriam inteligíveis, do ponto de vista do próprio sujeito que está perturbado. Para compreender isso é preciso dar voz aos pacientes, regressando à experiência vivida pelos sujeitos, mas contextualizando-a na existência.

Autor de inúmeros livros, artigos e palestras, Laing atingiu uma enorme notoriedade que hoje em grande parte se desvaneceu. É com a finalidade de retomar alguns dos seus conceitos, trazê-los novamente à luz e à possibilidade de reflexão e debate e apresentá-los a quem não teve ainda oportunidade de conhecer este autor, que apresentamos este artigo.

1.1. *Perspectiva sobre a psicopatologia clássica*

A sua perspectiva sobre a psicopatologia representou, simultaneamente, uma crítica radical às práticas psiquiátricas mais clássicas. Ao contrário do que se pensa frequentemente, não foi Laing mas sim David Cooper quem introduziu o termo “anti-psiquiatria”. Apesar disto, Laing foi um crítico radical do poder psiquiátrico e das práticas do electrochoque e das lobotomias, bem como de todas as formas de tratamento que não correspondessem aos desejos dos pacientes.

Para Laing toda a psicopatologia clássica possuiria premissas que distorcem a pessoa. Em primeiro lugar, pressupõe uma psique e um modelo de funcionamento na saúde e um modelo de funcionamento na doença, o que implica um dualismo que Laing recusou (Laing, 1990). Considerou que ao utilizarmos a linguagem psiquiátrica estamos a utilizar uma linguagem fabricada com o objectivo último de circunscrever e conseguir isolar o paciente numa determinada entidade nosológica. Laing lamentou que tal linguagem colocasse os seus pacientes distantes de si. Tornar uma pessoa num objecto era para Laing tão patético como personalizar os objectos (Laing, 1990). Pretendeu muito claramente destacar um conceito profundamente enraizado na perspectiva fenomenológico-existencial: o Homem

como ser diferente dos objectos do seu mundo, trazendo-nos reminiscências sartrianas do Homem como ser-para-si, diferindo por essência do ser-em-si (Sartre, 1997). Sendo assim, não faria sentido pensar-nos, investigar-nos e tratar-nos como se “em-si” fossemos, com instrumentos de medida. Em suma, defendeu a importância crucial de compreender o indivíduo perturbado como uma pessoa e não como uma categoria nosológica.

Recusou o olhar diagnóstico. A sua proposta foi a do olhar existencial, no qual o paciente é uma pessoa, um ser no seu-mundo, no qual tenta construir significado para a sua vida (Parker e col., 1995).

Em segundo lugar, Laing criticou também o pressuposto comum sobre o encontro terapêutico em que um é “doente” e o outro “são” e em que o indivíduo “são” não influi no comportamento e experiência do indivíduo “doente”. Para Laing seria possível considerar o comportamento de qualquer pessoa como um conjunto de sinais de doença ou como expressão da sua existência. E ver apenas os sinais de doença em nome da objectividade científica não seria ver de forma neutra. Seria ver com pressupostos, escolhendo o que se vê e também o que não se vê. Laing discordou radicalmente da posição da psiquiatria tradicional de que “assim é que se vê”: “*É possível ter um conhecimento aprofundado do que foi descoberto sobre hereditariedade e incidência familiar [...] saber de facto, quase tudo o que há a saber sobre a psicopatologia da esquizofrenia ou sobre a esquizofrenia como doença sem se conseguir compreender um único esquizofrénico. Esses dados são todos formas de não o compreender*” (Laing, 1990).

Sobre a esquizofrenia como facto, Laing assumiu, mais uma vez, uma perspectiva crítica e claramente enunciada como se segue: “*No nosso ponto de vista é um pressuposto, uma teoria, uma hipótese, mas não um facto que alguém sofra de esquizofrenia [...] Não aceitamos a ‘esquizofrenia’ como facto bioquímico, neurofisiológico, psicológico, e consideramos um erro palpável, no estado presente de provas, tomá-la como facto. Nem assumimos a sua existência. Nem a adoptamos como hipótese. Não propomos qualquer modelo para ela*” (Laing & Esterson, 1970).

1.2. *Proposta para uma nova psicopatologia*

Para Laing a psicopatologia seria muito mais uma questão de um vivido que não é compreen-

sível para os outros com quem o indivíduo estabelece as suas relações interpessoais. E não seria compreensível porque essa experiência de ser e do mundo que o indivíduo tido como portador de uma qualquer patologia nos traz, rompe com o que é permitido experienciar-se, com o que é dizível dentro do grupo social: ele diz o que não se pode dizer e faz o que não se pode fazer. Laing perspectivou a psicopatologia como o que escapa à compreensão: “[...] por compreensão não estou a falar de um processo intelectual puro. [...] Ninguém consegue amar um conglomerado de sinais de esquizofrenia. Ninguém tem esquizofrenia, como ter uma constipação. O paciente não ‘apanhou’ uma esquizofrenia. Ele é esquizofrénico. O esquizofrénico tem de ser conhecido sem ser destruído.” (Laing, 1990).

Laing advogou a observação e descrição dos fenómenos para uma compreensão posterior, uma inteligibilidade social dos sintomas ditos psicóticos apresentados por alguém (Laing & Esterson, 1970; Sedwick, 1972). Do seu ponto de vista, seria de utilizar um critério ontológico, em vez do tradicional critério clínico. Laing utilizou uma metáfora com uma formação de aviões. Um sai de formação: terá sido ele que seguiu um percurso errado, ou será que foram os outros? O critério “afastamento da formação” seria o critério clínico. O critério “afastamento do percurso” é o critério ontológico (Laing, 1972). Laing optou pelo segundo.

2. PERSPECTIVA DE LAING SOBRE A PSICOSE

Laing foi um autor que se preocupou, ao longo da sua vida, fundamentalmente com a questão da psicose. Em “*The Divided Self*” (1960), a sua primeira obra, o psicótico ainda era alguém visto como louco. Laing irá transmutar este conceito para o louco como o são na sociedade louca (“*The Politics of Experience*”) para mais tarde em “*The Facts of Life*” incluir as experiências pré-natais e peri-natais como importantes factores no desenvolvimento da psicose. Daremos conta seguidamente da evolução de posições por parte de Laing, através das suas obras mais conhecidas.

2.1. *A psicose como alienação do indivíduo ontologicamente inseguro*

Esta fase corresponde grosso modo ao período

envolvente à publicação de “*The Divided Self*” em 1960, obra na qual se empenhou em mostrar a compreensibilidade da psicose. Aí pode ler-se, a respeito da nossa resposta ao indivíduo psicótico: “*O que é que nos é pedido? Compreendê-lo? A charneira da experiência que o esquizofrénico tem de si tem de se manter incompreensível para nós. Enquanto nós formos sãos e ele louco, assim será. Mas a compreensão como esforço de alcançar e entendê-lo, enquanto nos mantemos dentro do nosso mundo e julgá-lo através das nossas categorias das quais ele inevitavelmente fica aquém, não é o que ele quer nem o que requer. Temos de reconhecer em todos os momentos a sua distintividade e diferença, a sua separação e solidão e desespero*” (Laing, 1990).

A tese de Laing nesta fase era que os pacientes psicóticos têm medo de uma auto-revelação autêntica, devido ao que chamou *insegurança ontológica*. A insegurança ontológica seria uma experiência de irrealidade, de não se estar vivo, e conduziria a uma preocupação central com a auto-preservação, ao invés de com a auto-gratificação. Seguidamente sistematizamos as posições ontologicamente seguras e inseguras, tal como Laing as concebeu (Quadro 1).

A pessoa ontologicamente insegura tem uma percepção fragmentada do seu *self* e questiona-se a três níveis: sobre a sua existência, sobre a sua essência e sobre a sua identidade. Com estas inseguranças, as relações interpessoais e intrapessoais podem ser interpretadas como ameaçadoras e tendem a ser evitadas com uma finalidade de auto-preservação.

2.1.1. Sistema de falso *self*

A pessoa ontologicamente insegura vai gradualmente distanciando o seu ser-para-outrem do seu ser-para-si. O primeiro, designado por falso *self*, situa-se gradualmente cada vez mais no corpo, observável, e o verdadeiro *self*, na mente, invisível. Este processo tenderia a perpetuar-se e a aumentar a distância de si-para-si e para-os-outros, tendo como limite a esquizoidia.

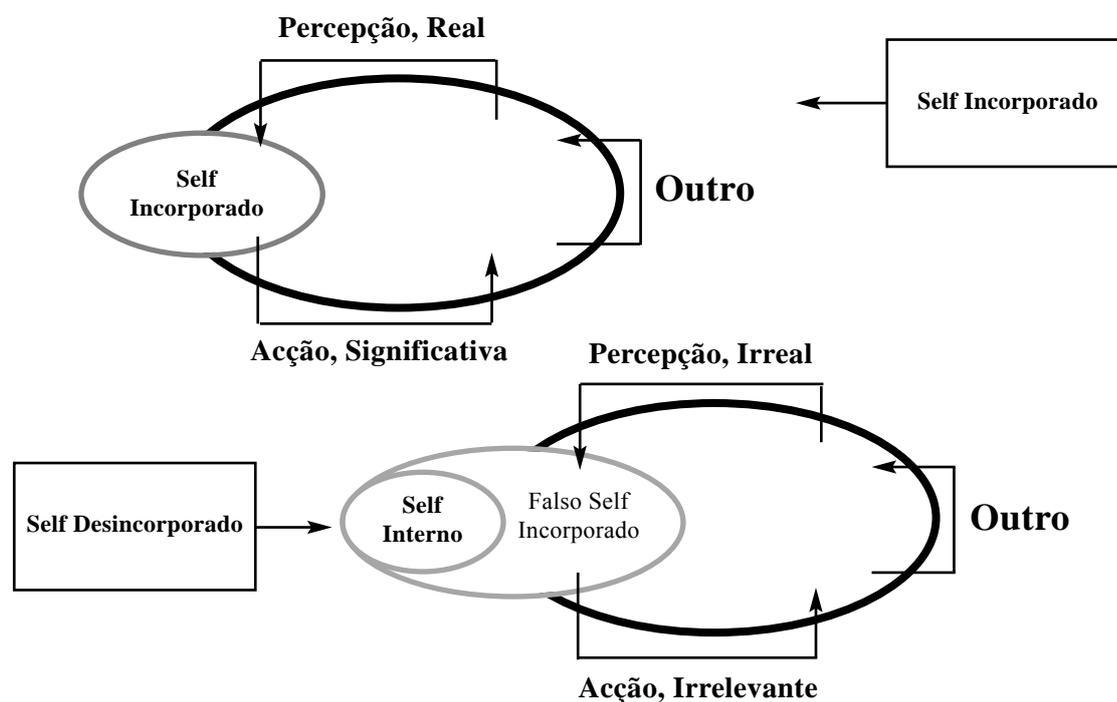
O indivíduo ontologicamente inseguro sente-se divorciado do próprio corpo. Isto significa que, como forma de se proteger das eventuais ameaças externas, divide-se num *self* experienciado como verdadeiro e colocado numa “cidadela” central onde só há o que é mental, o subjectivo, cindido do corpo.

Identificado com o corpo estaria o *self* falso que procura de alguma forma corresponder às expecta-

QUADRO 1

SEGURANÇA ONTOLÓGICA	INSEGURANÇA ONTOLÓGICA
Real	Absorvido em maneiras de tentar ser real
Vivo	Manter-se a si e aos outros vivos
Objectivo: Gratificação	Objectivo: Preservação
Todo	Esforçando-se por impedir-se a si próprio de se perder a si próprio
Claramente diferenciado do resto do mundo	Esforço de preservação da sua identidade
Em circunstâncias normais mantém e nunca questiona a sua identidade e a sua autonomia	As circunstâncias normais de vida parecem ameaçar o seu baixo limiar de segurança e constituem uma ameaça contínua e letal
Acontecimentos triviais	Acontecimentos profundamente significativos pois têm o potencial de contribuir para assegurar o ser do indivíduo ou então ameaçá-lo com o não-ser
Contínuo no tempo	Descontínuo no tempo
Intrinsecamente consistente	Experiencia-se dividido, sem consistência
Substancialidade	<i>Self</i> interior insubstancial e um <i>self</i> exterior ligado ao corpo mas que já não está apropriado, sentido como seu
Genuinidade	Dividido em verdadeiro <i>self</i> (só por ele conhecido) e falso <i>self</i> (responsivo às expectativas percebidas que os outros significativos têm sobre si)
Valor	Oscila entre ter de guardar o seu valor do escrutínio alheio para o manter, e a sensação de total ausência de valor
Espacialmente co-extensivo com o seu corpo	Espacialmente “lá” e com um corpo desincorporado de si “cá”
Normalmente como tendo começado no seu nascimento (ou à volta disso). Passível de se extinguir na sua morte.	Imortal, sem tempo
Vive num mundo partilhado	Hierarquiza os elementos do mundo de forma diferente e por isso dizemos que “vive num mundo só seu”
Em contacto com a realidade que é aceite e vista como aceitante	Não é verdade que esteja a perder contacto com a realidade. Os elementos externos continuam a afectá-lo mas diferentemente. Não menos. Muitas vezes mais. Pode acontecer que o mundo da sua experiência se torne num mundo que já não possa ser partilhado com as outras pessoas.

FIGURA 1
Representação esquemática do processo do indivíduo ontologicamente seguro e ontologicamente inseguro (Laing, 1990)



tivas que os outros têm sobre si, uma espécie de “casca de si” desligada de si que este indivíduo põe à disposição do mundo para agir e ser agido pelo mundo. Não sendo vivido como ele próprio, esta casca é como um holograma de si, um isco que poderia ser comido sem que a pessoa fosse destruída. O sujeito dividir-se-ia então em *self* incorporado, falso e externo e em *self* desincorporado, interior e verdadeiro (Laing, 1990).

Como resultados desta aquiescência aos desígnios de outrém pelo sistema de falso *self* temos, por um lado, um aumento na intensidade do medo de agir de acordo consigo mesmo e, por outro, um ódio que se instalaria, uma vez que a pessoa se sente cada vez mais em perigo de invasão por alguém. A ansiedade impediria a revelação do ódio de forma directa, excepto na psicose. A psicose resultaria então da retirada abrupta do véu que antes cobria o falso *self* (Laing, 1990).

Também em “*The Divided Self*”, Laing intro-

duziu uma tipologia para as ansiedades vividas pelas pessoas ditas esquizofrénicas: *engulfment*, implosão e petrificação. Passamos agora a descrever as três modalidades de ansiedade presentes na insegurança ontológica.

2.1.2. *Engulfment*

Por *engulfment* Laing referiu-se a uma angústia cujo conteúdo é a perda do seu ser por absorção por parte de outros, de perda da identidade. O risco de estar em relação. Há uma sensação de risco de ser destruído ou tragado pelo amor. O amor de outrém seria mais temido que odiado, ou melhor, todo o amor seria experimentado como uma versão do ódio, uma vez que o amor capacita o outro de ter poder sobre o próprio, de o envolver e de torná-lo seu conteúdo, retirando-lhe o ser.

Uma manobra descrita por Laing de preservação da identidade nos indivíduos que se sentem sob

risco de *engulfment* seria o isolamento. Dessa forma impediriam os outros de o entenderem correctamente. Ser entendido correctamente seria como que ser engolido, afogado ou comido.

2.1.3. Implosão

Para Laing, o indivíduo que receia a implosão sente-se como vácuo. Ele é ou está vazio. Mas este vazio é ele mesmo. Deseja preencher o vazio, mas teme a possibilidade de tal acontecer uma vez que sente que tudo o que pode ser é este vazio. O vazio que teme é a sua própria substância. A sua identidade estabelece-se como vazio. Daqui decorreria que qualquer contacto com a realidade seria de temer, uma vez que a realidade seria implosiva, poderia destruí-lo. A realidade funcionaria como um gás que tomaria e ocuparia todo o espaço vazio da pessoa, destruindo-a como se conhecesse até então. A realidade seria, em si mesma, uma ameaça à identidade que o indivíduo pensa ter.

2.1.4. Petrificação/despersonalização

Por petrificação/despersonalização Laing referiu o medo de ser transformado em pedra, ou de ser tornado coisa, do fim da subjectividade. Seria experimentado quando a pessoa se sente como que tomada pelo outro e tratada como se fosse uma coisa, negada a sua autonomia, ignorados os seus sentimentos, assassinada a vida dentro de si.

Por vezes, este medo de ser incluído, implodido ou petrificado/ despersonalizado levaria a que o sujeito, de forma a prevenir a sua realização, os procure e os viva. Isto passa-se através de, por exemplo: abandonar a própria autonomia como forma de a preservar secretamente; fingir-se morto como forma de preservar o experienciar-se vivo; tornar-se pedra de forma a que mais ninguém o possa fazer.

Os comportamentos esquizofrénicos não seriam sintomas de doença mental, mas sim estratégias protectoras contra a insegurança ontológica. Representariam uma tentativa de lutar contra a sua existência ameaçada.

2.1.5. Desenvolvimento “good-bad-mad”

Nesta fase, Laing traçou uma teoria sobre o desenvolvimento psicótico, denominada desenvolvimento *good-bad-mad*: “(1) *Era uma criança Boa, normal, saudável; até que gradualmente se*

tornou (2) Má, a fazer e dizer coisas que causaram grande perturbação que foram atribuídas a maldade até que (3) isto ultrapassou todos os limites toleráveis de forma que ela só pode ser Louca.” (Laing, 1990).

Laing chamou a atenção para a importância da percepção interpessoal familiar nos desenvolvimentos psicóticos. Assim, numa primeira fase, a criança agiria em conformidade com as regras dos pais, sendo vista como uma boa criança. Depois, a criança começaria a fazer precisamente o que os seus pais consideram criticável ou maligno. Uma vez que tal forma de ver o filho é demasiado insuportável para os pais, estes necessitariam e criariam uma nova conceptualização para dar algum sentido ao que está a acontecer. Tudo se explica melhor se o filho for louco. Laing referiu o sentimento de alívio dos pais por chegarem à conclusão que os seus filhos “são doentes” e não “maus”. Para Laing, é digna de realce a forma como alguns factos na vida dos seus pacientes são desvalorizados na narrativa familiar, enquanto outros são valorizados.

2.2. Fase de transição (1961-1966)

No período de 1961 a 1966, as ideias Laing começaram a ganhar novos contornos, plenamente desenvolvidos com a publicação de “*The Politics of Experience and the Bird fo Paradise*” em 1967, que fez uma ruptura com a visão veiculada em “*The Divided Self*”. Laing publicou em 1961 o volume “*Self and Others*”, onde focaliza as relações interpessoais e os padrões de comunicação com os outros que podem estar na base da confusão e sofrimento inerentes à experiência esquizóide e psicótica, descrita em “*The Divided Self*”.

Estamos aqui com um outro contributo essencial da obra de Laing: o da tentativa de *contextualização social da psicose*. Esta, deixa de ser representada como um acontecimento intra-psíquico, com carácter privado e individual para ser considerada como uma estratégia que o indivíduo desenvolve para conseguir sobreviver em situações sociais específicas (Laing, 1967). A ideia de base é a de que as experiências e comportamentos do indivíduo que desenvolve uma psicose não poderiam ser compreendidos sem a compreensão das experiências e comportamentos das pessoas que com ele se relacionam.

Laing fez evoluir a sua compreensão da norma-

lidade, da segurança ontológica para uma imersão mais ou menos voluntária em “sistemas sociais de fantasia”, ou seja, um conjunto de pressupostos profundamente enraizados no grupo social a que a pessoa pertence, não partilhados com elementos de outros grupos e podendo ou não ser consonantes com os factos. Tal significa que, nesta fase de transição, Laing forneceu uma visão da normalidade descritiva e dependente do contexto e já não prescritiva como em “*The Divided Self*”. Começa a sentir-se em “*Self and Others*” um tom crítico em relação a esta normalidade no sentido em que, para Laing, ela impediria os elementos normais de um dado grupo poderem pensar outros pensamentos e sentir outros sentimentos, em suma, experienciarem em liberdade algo que fosse diferente dos *dictum* do seu grupo. Então, tais sistemas sociais de fantasia teriam mais relação com média, congruência e expectativas sociais do que com saúde mental (Dore, 2005). Foi assim que chegou à ideia de que a família não só negaria a legitimidade das experiências individuais como negaria a própria negação.

Com esta mudança de perspectiva sobre a normalidade, vem uma correspondente alteração na visão de Laing da psicopatologia: já não se trataria apenas de uma forma do sujeito viver uma situação insustentável mas, mais que isso, *uma forma de significar as regras não ditas que regeriam todos os elementos do seu grupo de pertença*. Teríamos então uma espécie de *fou savaint* que diz o que mais ninguém se atreve a dizer no seu mundo social. A fantasia e sua correspondente expressão nos delírios e nas alucinações seriam expressão não já de um mundo privado construído para sobrevivência do próprio mas, para além disso, uma modalidade de experiência em que se faz ouvir o que existe de regras e padrões cuja expressão é rejeitada pelo grupo. O facto do grupo temer o conteúdo lúcido, inteligível e, sobretudo, confrontativo do que têm de delirante e não coerente nas regras do próprio grupo de pertença social faria com que se desse a tão natural rejeição do sujeito psicótico e negação ou minimização do que ele diz e, finalmente, a sua designação e enclausuramento no rótulo de “louco”. Também nesta obra, começou a explanação das chamadas “defesas interpessoais”, com largas semelhanças com os mecanismos de defesa psicanalíticos.

Durante esta fase, Laing levou a cabo estudos de fenomenologia social em famílias de esquizo-

frénicos, precisamente para poder dar conta da forma como se vê e experiencia, o elemento diagnosticado da família.

“*Sanity, Madness and the Family*”, publicado em 1964, resultou de um projecto de investigação patrocinado pela Tavistock Clinic, nomeadamente na figura do seu director, na altura, John Bowlby (que curiosamente terá dito a Daniel Burston, um dos biógrafos de Laing, que este volume seria o mais importante livro sobre famílias, do século XX (Burston, 2000)). Foram envolvidas no estudo cem famílias com um membro diagnosticado como esquizofrénico. Destas foram seleccionadas vinte e cinco famílias tendo sido publicados resumos e citações das entrevistas realizadas a onze delas por questões de redundância (Laing & Esterson, 1970). Uma leitura vulgar deste estudo é que o objectivo dos autores seria culpar as famílias pela causa e desenvolvimento da esquizofrenia. Não se trata disso, esclarecem-nos logo no capítulo de introdução: “Serão a experiência e comportamento, que os psiquiatras tomam como sintomas de esquizofrenia, mais inteligíveis socialmente do que se tem suposto?” (Laing & Esterson, 1970) ou seja, será que o que vemos e descrevemos como experiência esquizofrénica pode ser mais inteligível, mais compreensível do que aprioristicamente pensamos? E também, será que, se olharmos com atenção e descrevermos o tipo de interacções, processo e *praxis* correntes no seio destas famílias será possível compreender um significado coerente naquilo que a pessoa diagnosticada experimenta? A isto chamaram “inteligibilidade social”, ou seja uma expressão que não sendo racional, é significativa *em contexto*. Laing e Esterson afirmam que utilizaram como método a fenomenologia social, uma redução fenomenológica que tenta descrever claramente os pensamentos, sentimentos e experiências tal como surgem aos vários membros das famílias, sós e nas suas várias constelações (díades, tríades diversas, família total).

Laing realizou, durante um período de dois anos, encontros bisemanais com Herbert Phillipson e Robert Lee. O objectivo do grupo de trabalho foi o de aplicar uma notação algébrica ao mapeamento das perspectivas interpessoais, tal como sugerido por Buber, neste caso, ao campo do aconselhamento conjugal. O resultado das reflexões desenvolvidas pelos três autores foi publicada em 1966 sob o título “*Interpersonal Perception: a Theory and a Method of Research*”. A experiência de conver-

gência ou divergência de perspectivas entre pessoas é muito aprofundada nesta fase (Laing, Phillipson, & Lee, 1966). Laing utilizará esta abordagem na sua fase posterior, nomeadamente em “*A Política da Família e outros Ensaios*” (1969).

2.3. *Psicose como forma de suportar uma situação insustentável e como experiência transcendental*

Em 1967 Laing publicou “*The Politics of Experience and the Bird of Paradise*” com enorme sucesso comercial (seis milhões de cópias vendidas nos EUA). Num tom anti-imperialista, místico e político, Laing assumiu posições radicais e controversas. Surgiu a ideia de psicose como *viagem interior* de redenção, de transformação do próprio e da sociedade a que o sistema (psiquiátrico) impediria o retorno. O conceito de mistificação de Marx foi adaptado à educação, para dar conta da forma como na perspectiva de Laing, somos hipnotizados e manipulados de forma a não podermos transcender-nos. Quem ousa ou sem se dar conta, incorre, nesta viagem é punido por transgredir um conjunto de regras que permitem a manutenção do estado de coisas. Esse conjunto inclui regras de esquecimento de que existem regras.

Laing reclamou uma fenomenologia da experiência sem rupturas, sem despersonalização, sem tentativas de explicar o todo pelas partes. Foi nesta fase que Laing declarou que, mais que saber como ou o que é uma relação interpessoal, questões optimistas, temos de colocar a questão da possibilidade do Homem: “*Poderão os seres humanos de hoje ser pessoas?*” (Laing, 1972). Alerta para o cada vez maior divórcio do Homem consigo mesmo, com a sua experiência e, particularmente, com a experiência da transcendência.

Em “*The Politics of Experience*”, passamos para a ideia da *psicose como forma de suportar uma situação insustentável*. Este conceito de posição insustentável tem um estatuto semelhante ao conceito de perturbação geradora, proposto pelas correntes da fenomenologia genético-estrutural de Minkowski: seria aquilo que daria conta do défice da experiência vivida e que permitiria compreender as experiências e os comportamentos psicóticos. Contudo, é um conceito já com características existenciais. Referindo-se às suas investigações, declarou: “*Verificámos sem uma única excepção que a experiência e o comportamento qualificados de ‘esquizofrénicos’ respre-*

sentavam uma estratégia particular que uma pessoa inventava para suportar uma situação insustentável” (Laing, 1972).

Havendo um mundo exterior e um interior, cada um de nós conheceria melhor o mundo exterior. O normal seria estar num espaço e tempos exteriores. Os que mergulham no mundo interior, num espaço e num tempo interiores, são considerados como em processo psicopatológico. Haveria como que uma travessia do espelho que gera sensação de perda, susto, solidão. Quem a fez sente-se arrastada ou embarca numa viagem. Tal viagem é desconhecida da maioria e é raro quem, na sociedade actual, a tenha empreendido e regressado a um tempo e espaço externos uma vez que através de procedimentos terapêuticos foi bloqueada naquele movimento de ida e volta (Laing, 1972). Os nossos tempos caracterizar-se-iam pelo controlo e mestria do mundo externo e pelo quase total esquecimento do mundo interno. A sanidade assentaria, quase por completo, na capacidade de adaptação ao mundo externo, mas para Laing a sociedade estaria sedenta do interno. A loucura que encontramos nos pacientes seria uma caricatura grotesca da cura natural que nos permitiria dissolver o nosso Eu normal e adaptado à nossa sociedade louca e fazer surgir um novo tipo de funcionamento em que o Eu poderia servir o divino e não mais trair o divino (Laing, 1972).

Para Laing, a adaptação social a uma sociedade desequilibrada poderia constituir uma ameaça maior para a sobrevivência da espécie do que um esquizofrénico internado. Laing admitiu mesmo a hipótese de que a esquizofrenia pode ter uma função socio-biológica que ignoramos: “[...] *creio que, no que toca ao mundo interno, os esquizofrénicos têm mais a ensinar aos psiquiatras que o contrário [...] o psiquiatra moderno assume por vezes o papel do cego que guia um semi-cego*” (Laing, 1972).

Laing apostava em poderem ser atribuídos guias, na prática: “*antigos doentes a ajudarem futuros doentes a tornarem-se loucos. [...] Talvez todos nós [...] tenhamos necessidade de nos submeter a este processo, que, numa sociedade verdadeiramente sã, teria um papel capital a desempenhar.*” (Laing, 1972).

No seu artigo de 1964, intitulado “*Transcendental Experience*”, Laing procurou relacionar as experiências transcendentais que por vezes ocorrem na psicose com as experiências do divino que seriam, segundo o autor, a fonte viva de toda a religião. É deste artigo a famosa citação “*Madness*

need not be all breakdown. It is also breakthrough. It is potential liberation and renewal, as well as enslavement and existential death.” (Laing, 1964).

Laing pretendeu apoiar a hipótese jungiana de *metanóia*. Porém, distanciou-se de Jung (e de Freud) ao declarar que, o que Jung considerava ser um excesso de consciência da actividade inconsciente por parte do psicótico, não seria senão aquilo que, na nossa estranheza historicamente condicionada, estaríamos irreflectidamente conscientes. A aplicação do conceito de metanóia à psicose implicaria para Laing que a psicose seria uma *viagem interior de des-construção* na qual o indivíduo se despiria de falsas identidades e dos papéis internalizados no processo de socialização. Permitiria um *renascimento existencial*, como ser humano mais autêntico e integrado. Mary Barnes, uma das pessoas diagnosticadas como doente mental que residiu em Kingsley Hall, acabando por escrever uma série de textos sobre a sua experiência, diz-nos sobre o que viveu no seu processo de “metanóia”: “*A pessoa deve ser vista e entendida como o bebé que é de facto – e permitir-se-lhe que viva desse modo, e o ultrapasse. [...] A loucura é purificação. Atravessá-la necessita de guia [...]*” (Barnes, 1972).

Laing publicou “*The Politics of the Family*” em 1969, onde retomou os temas dos processos grupais de mistificação, da inteligibilidade dos sinais e sintomas da esquizofrenia e o sacrifício da experiência pessoal em prol da conformidade social. Nesta obra reforçou a importância de compreender o indivíduo perturbado no seu contexto social próprio.

De acordo com o autor, haveria um processo de passagem intergeracional de papéis a representar no seio da família. As pessoas nascem e morrem representando o papel que lhes foi destinado, novas pessoas nascem e tomam o seu lugar na peça que se desenrola. Há internalização de regras e regras sobre regras que regem a experiência e as relações.

Laing teorizou a existência de operações sobre a experiência, que incluiriam tanto os psicanaliticamente denominados “mecanismos de defesa” como “defesas interpessoais” (terminologia do autor). Quanto aos mecanismos de defesa, eles são vistos como operações do próprio sobre o próprio, de forma a alterar a textura ou o conteúdo da experiência, ou da sua experiência dos outros. Cada um seria, portanto, cúmplice da sua alienação.

2.4. *Psicose como resultante de experiências pré-natais e peri-natais*

A terceira e última fase do pensamento psicopatológico de Laing foi muito influenciada pela colaboração com a psicoterapeuta norte-americana Elizabeth Fehr. Laing publicou em 1976 a obra “*Facts of Life*”, onde deu a conhecer as suas ideias sobre a experiência pré-nascimento como experiência fundamental no desenrolar da existência humana. Para além disto, redigiu algumas notas biográficas e criticou investigadores e psiquiatras como Masters, William James ou Cerletti (o criador da electroconvulsoterapia). O estilo é desarticulado mas vivo. Laing tornou a salientar a importância de se poder levar a cabo experiência do transcendente e a existência de operações intra e interpessoais que nos conduziriam e limitariam a comunicação e relação com os outros, e abandonou o acento tónico sobre a psicose. Talvez seja a fase em que Laing levou as suas ideias às últimas consequências, correspondendo também à fase de declínio da sua notoriedade: “*Este livro não tem pretensões de ser um guia para as pessoas confusas. Eu próprio sinto-me confuso. Mas fiz o máximo que podia para perceber a natureza da minha perplexidade.*” (Laing, 1981).

3. PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE A OBRA DE LAING

As ideias de Laing influenciaram e influenciam a denominada corrente actual da “psiquiatria crítica” (Ingleby, Double e outros) e, também, o desenvolvimento da psicoterapia existencial, em particular da anglo-saxónica (Cooper, 2003).

Scott Bortle, em “*R. D. Laing as a negative thinker*” (Bortle, 2001) abordou o facto de Laing não ter deixado uma obra coesa, de pensamento estruturado e sistematizado. Muitos outros dão conta da mesma frustração. Laing levará a cabo, mais tarde, estudos de fenomenologia social em famílias de esquizofrénicas precisamente para poder dar conta desta forma como se vê, experiência, o elemento diagnosticado da família (Berke, 2001; Burston, 1995; Deurzen-Smith, 1997; Jenner, 2001; Koch, 1973; Sedwick, 1972).

Thomas Szasz foi crítico acérrimo de Laing, baseando a sua opinião no que lhe parece uma incoerência entre o que Laing advogava e as suas

acções: “*se a esquizofrenia não é uma doença, então não há nada a tratar*” (Szasz, 2005). Szasz cita vários parágrafos soltos na obra de Laing em que este se coloca numa posição de certificar quem é e quem não é louco, o que para Szasz corresponderia a um erro, uma vez que a sua posição (ética) é anti-psiquiatria, anti-diagnóstico de loucura, anti-institucionalização e, sobretudo, contra a retirada de direitos cívicos a que os psicóticos são frequentemente sujeitos. Para Szasz, Laing teria jogado ao mesmo tempo nas duas equipas e foi apanhado na sua própria vaidade: tornar-se conceituado como psiquiatra e, sobretudo, famoso (Szasz, 2005). Szasz criticou igualmente Laing por não ter assumido uma postura mais interventiva e ainda mais radical.

Burston, sendo biógrafo de Laing, encontra-se numa posição vantajosa, quer para desfazer alguns equívocos de Szasz, quer para responder a críticas suas que assentam em acontecimentos/opções da vida privada de Laing. A tese de Szasz é que Laing terá vivido de forma pouco consonante com aquilo que escrevia. Para Burston, Szasz é um libertário e Laing um existencialista. Por conseguinte, não fará sentido supôr que iriam ambos assumir a mesma postura (Burston, 2004).

Emmy van Deurzen conviveu de perto com Laing. Emigrou para a Grã Bretanha com o objectivo de participar no projecto da Philadelphia Association, numa das suas casas. Desencantou-se com o projecto, dizendo-o ineficaz uma vez que as pessoas nele envolvidas se viam num ciclo vicioso de ansiedade e desespero. Critica Laing a nível teórico, acusando-o de ter confundido o nível ontológico (no seu conceito de insegurança ontológica) com o ôntico. Reflectindo sobre a boa aceitação da sua obra pelo público, como revelando que no fundo, Laing, ao descrever o que pensou ser a experiência psicótica, estava a descrever um facto básico da existência humana (por exemplo, nas três ansiedades do indivíduo ontologicamente inseguro); refere igualmente que o facto de ter sido treinado como psicanalista nunca lhe terá permitido desenvolver uma perspectiva plenamente existencialista (Deurzen-Smith, 1997). Do ponto de vista desta autora, o conceito de insegurança ontológica de Laing seria equivalente ao de angústia existencial e, portanto, não seria um problema a ultrapassar mas sim a confrontar de forma construtiva, como um dado da existência.

Laing nunca se preocupou em deixar o seu testemunho como psicoterapeuta. Há alguns registos

audiovisuais do seu trabalho e um ou dois artigos em que refere a sua prática como terapeuta. Estes apontamentos soltos ficam aquém das expectativas de quem gostaria de aceder a uma visão mais sistematizada. A sua volatilidade e o facto de ter como objectivo mais a descrição da *praxis*, da inter-subjectividade, da política de existirmos não é, muito provavelmente, alheia a este não ter partilhado o como se faz, e na opinião de alguns, por exemplo Deurzen-Smith, não ter sabido dar consistência prática à sua teoria. Ter contribuído para poucas “curas” de esquizofrénicos e não ter atingido mais do que o comum e limitado sucesso na ajuda aos seus pacientes viverem melhor com os seus problemas, é outra das críticas que são feitas a Laing. Há, ainda, vozes críticas dizendo que nunca conseguiu desligar-se da sua formação psicanalítica. Laing seria apenas um psicanalista das relações de objecto que se interessou por fenomenologia. A nível político, Laing foi criticado pela direita, mas sobretudo pela esquerda que se sentiu traída ao notar que Laing não abraçara o ideal marxista até às últimas consequências (Bortle, 2001).

Outra crítica comum é a de não ter desenvolvido uma estratégia política e social – como fez Basaglia quando advogou a devolução à sociedade do que é um problema da sociedade – (Basaglia, 1985 cit. in Jenner, 2001). Terá inclusivamente usado a sua influência para bloquear a tradução da obra do seu colega italiano para a língua inglesa (Jenner, 2001). Tinha sido a oportunidade para dar à sua obra um cunho político comprometido.

Stephen Koch, um jornalista americano, que contactou algumas vezes Laing nos anos 1970, criticou a sua posição em “*The Politics of Experience and the Bird of Paradise*”. Na sua opinião, Laing ao colocar-se como tendo visto o pássaro do paraíso (para o que o consumo frequente de LSD não deve ter sido alheio, segundo Koch), experiência que não podemos ter, nem falar sobre, nem duvidar, ter-se-á colocado, simultaneamente como guru. Poder-se-ia ler a obra de Laing como uma proposta de passagem do psiquiatra-padre secular para o psiquiatra-xamã que vive a experiência com o paciente. Koch denuncia igualmente a dicotomização em que Laing incorre ao falar da divisão entre nós e eles, no sentido em que nós achamos que eles dividem entre nós e eles. Quanto mais acérrima a sua crítica ao moralismo, mais moralista é: “Em nome do amor à humanidade, apresenta uma visão totalmente paranóica da vida.” ... “Pre-

cisamente por isto, o livro colocou Laing como um dos mais famosos moralistas do seu tempo” (Koch, 1973).

Para outros, Laing é tido como “a” pessoa que revelou a política da experiência, permitindo-nos repensar a nossa existência alienada de nós, fragmentada e por conseguinte, re-tornarmo-nos seres inteiros, libertos (Levine, 1975).

Parece mais consentânea a opinião que um dos maiores legados de Laing foi o grau imenso e inquantificável de humanidade que ele tentou trazer para a psiquiatria (Barnes, 1972; Bortle, 2001; Burston, 2001; Deurzen-Smith, 1997; Groth, 2001; Jenner, 2001; Koch, 1973; Palomo-Lamarca, 2000; Roberts & Sedwick, 1972).

4. CONCLUSÃO

Que sentido faz o pensamento de Laing em Psicopatologia, hoje? O projecto fundamental de Laing consistiu em tornar compreensível o processo de enlouquecer e a loucura, através do estudo da experiência esquizofrénica a partir da perspectiva fenomenológica e existencial. Foi assim que um comportamento aparentemente incompreensível passou a ter significado existencial: a psicose como estratégia protectora contra a insegurança ontológica e tentativa de suportar uma situação existencial insustentável, gerada no contexto familiar.

Talvez possamos retirar muito mais de Laing do que as suas ideias ou uma concepção teórica completa da saúde e da psicopatologia. Talvez Laing tenha sentido como missão maior dar conta de uma forma de ver: a sua fenomenologia social. Mais do que uma visão acabada do mundo, Laing, de livro para livro, abriu uma nova perspectiva sobre o mundo. Ao ler e reler Laing, a experiência central é a de abertura de campos de reflexão, uma abertura a sermos surpreendidos.

Laing não se preocupou com uma metafísica. O sentido da sua obra não foi o de estabelecer uma grande organização do ser ou do seu-mundo. Numa longa entrevista realizada por Bob Mullan (1995 cit. in Bortle, 2001) nos seus últimos dois anos de vida, Laing terá criticado quem, ao tentar fazer fenomenologia e ao falar sobre este método, utiliza um tal “*jargão heideggeriano, afundando a visibilidade da outra pessoa através daquela aura de existenciais e pensando que assim é que se*

faz”, que acaba por esconder mais do que trazer à luz o que está velado.

Claro que Laing foi também um crítico social, e não nos parece que alguma vez se tenha inibido de veicular as suas opiniões, que foram formuladas de forma acutilante e directa. Poder-se-ia dizer então que Laing não conseguiu estabelecer bem a regra de *epoché*. Não o fazemos. A fenomenologia social de Laing é método de questionamento do mundo. Utilizou-o de forma a deixar-se guiar pelo fenómeno, sem cair na tentação de ter de o prender, de organizá-lo numa única teoria. Mas reflectiu sobre o que via, depois de ver. Podemos por conseguinte falar, por um lado, da sua fenomenologia social e, por outro, da sua perspectiva existencialista.

Parece-nos que a perda de relevância dada às ideias de Laing poderá também dever-se à sua radicalidade e exigência ética. Laing incomoda e de alguma forma desperta. É difícil ficar-lhe indiferente quando o lemos. Em simultâneo é fácil ser-lhe indiferente se o etiquetarmos como “psiquiatra louco do *flower power*” e deixarmos de citar as suas obras. Afinal de contas quem é que quer conotar-se com bizarras? Ironicamente, parece que aconteceu a Laing o mesmo que ele descreveu tantas vezes nos seus estudos de fenomenologia social: os pacientes seriam os que dizem o que mais ninguém quer ouvir, os que incomodam, os que saem do processo de mistificação e hipnose social (Laing, 1971, 1972).

Burston (2001) justificou o declínio da apreciação do trabalho de Laing por duas ordens de razões. A primeira, a forma algo controversa e caótica como Laing geriu a sua imagem e a sua carreira. A segunda, o facto de nos anos 1970 se ter começado a tornar mais evidente uma correlação entre factores neurobiológicos e a esquizofrenia.

Sabemos hoje que a cooperação dos pacientes com os seus tratamentos psicofarmacológicos é da ordem dos 20% (Burston, 2001). Sabemos também que os indivíduos diagnosticados como esquizofrénicos tendem a sentir-se invalidados por todo o circuito psiquiátrico que os rodeia e desejam ser escutados e tratados como sujeitos que são. Como tal, parece-nos que a perspectiva fenomenológico-existencial de Laing, em particular a sua proposta de *dar voz aos pacientes* continua, mais do que nunca, a fazer todo o sentido e a ser tão necessária como foi antes, ao *questionar directamente os conceitos de normal e patológico* e ao procurar *compre-*

ender o sentido da loucura no contexto social (familiar) em que se produz e é produzida. Em particular quando nos confrontamos com a hegemonia neurobiológica da psiquiatria pós-moderna.

A obra de Laing influenciou de forma significativa os movimentos actuais de saúde mental alternativa, que acentuam a participação activa dos indivíduos e das comunidades na organização e nas modalidades de prestação dos cuidados de saúde. Mas também influenciou autores fundamentais como Rowe (1994), Karp (1996) e Chadwick (1997). Entre outros aspectos, este último salientou o conceito de *crédito esquizofrénico*, relacionado com a possibilidade da psicose poder constituir uma oportunidade para a pessoa se questionar a si-mesmo e questionar as expectativas sociais e valores culturais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes, M. (1972). Reflection. In R. Boyers & R. Orrill (Eds.), *Laing and Anti-Psychiatry* (pp. 220-223). Harmondsworth: Penguin Education.
- Berke, J. H. (2001). Trick or Treat: The divided Self of R. D. Laing. *Janus Head*, 4 (1), <http://www.janushead.org/4-1/berke.com>. Retrieved 17.12.2005.
- Bortle, S. (2001). R. D. Laing as Negative Thinker. *Janus Head*, 4 (1), <http://www.janushead.org/4-1/bortle.com>. Retrieved 17.12.2005.
- Burston, D. (1995). Laing's Existentialism. In S. D. Plock (Ed.), *Further Existential Challenges to Psychotherapeutic Theory and Practice, Papers from Existential Analysis* (pp. 1-16). London: The Society for Existential Analysis.
- Burston, D. (2000). *An Enigmatic Man. In The Crucible of Experience: R. D. Laing and the Crisis of Psychotherapy* (pp. 1-10). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burston, D. (2001). R. D. Laing and The politics of diagnosis [Electronic Version]. *Janus Head*, 4. Retrieved 29-11-2005 from <http://www.janushead.org/4-1/burstonpol.cfm>.
- Burston, D. (2004). Szasz, Laing and Existential Psychotherapy. *Existential Analysis*, 15 (2), 218-229.
- Chadwick, P. (1997). Schizophrenia: The Positive Perspective. In *Search of Dignity for Schizophrenic People* (pp. 2-16). London: Routledge.
- Cooper, M. (2003). R. D. Laing: Meeting without Masks. In M. Cooper (Ed.), *Existential Therapies* (pp. 91-106). London: Sage Publications.
- Deurzen-Smith, E. V. (1997). *Everyday Misteries* (1.ª ed.). London: Routledge.
- Dore, P. (2005). *Politics and Other Works*. Retrieved 25-11-2005, 2005, from <http://laingsociety.org/biblio/books.htm>
- Groth, M. (2001). Laing's Presence. *Janus Head*, 4 (1), <http://www.janushead.org/4-1/groth.com>. Retrieved 17.12.2005.
- Jenner, F. A. (2001). On the Legacy of Ronald Laing [Electronic Version]. *Janus Head*, 4. Retrieved 29-11-2005 from <http://www.janushead.org/4-1/jenner.cfm>.
- Karp, D. (1996). *Speaking of Sadness: Depression, Disconnection and the Meanings of Illness* (pp. 190-194). New York: Oxford University Press.
- Koch, S. (1973). *Worrying About Ronald Laing*. New York: World. 16.Jan.1973.
- Laing, R. D. (1964). Transcendental Experience in Relation to Religion and Psychosis. *The Psychadelic Review*, 1 (3), 7-11.
- Laing, R. D. (1971). *A Política da Família e outros Ensaios* (J. G. Esteves, trad., 1.ª ed.). Lisboa: Portugália Editora.
- Laing, R. D. (1972). *A Psiquiatria em Questão* (L. Cary, trad. 1.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Laing, R. D. (1987). *The Use of Existential Phenomenology in Psychotherapy*. Paper presented at the The Evolution of Psychotherapy, Phoenix.
- Laing, R. D. (1990). *The divided self: an existential study in sanity and madness*. London/New York: Penguin Books.
- Laing, R. D., & Esterson, A. (1970). *Sanity, madness, and the family: families of schizophrenics*. London: Penguin.
- Laing, R. D., Phillipson, H., & Lee, A. R. (1966). *Interpersonal Perception*. In *Interpersonal Perception* (pp. 3-22). London: Tavistock.
- Levine, P. (1975). R. D. Laing: The Politics of the Mind. In P. Levine (Ed.), *Divisions* (pp. 1-19). Toronto: CBC Publications.
- Palomo-Lamarca, A. (2000). *Existential Knots* [Electronic Version] from <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/Laing.pdf>.
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing Psychopathology*. London: Sage Publications.
- Roberts, R. L. (2005). *Perspectives on International Order*. from <http://laingsociety.org/colloquia/peaceconflict/laingchomsky.htm>
- Sartre, J.-P. (1997). *O Ser e o Nada, Ensaio de Ontologia Fenomenológica* (P. Perdigão, trad., 6.ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Sedwick, P. (1972). R. D. Laing: self, symptom and society. In R. Boyers & R. Orrill (Eds.), *Laing and Anti-Psychiatry*. Harmondsworth: Penguin Education.
- Szasz, T. (2005). "Knowing what ain't so" R. D. Laing and Thomas Szasz. *Existential Analysis*, 16 (1), 113-126.

RESUMO

Pretende-se neste artigo fornecer uma perspectiva sistematizada e abrangente da obra de Ronald D. Laing (1927-1989), com acento tónico no seu contributo para a psicopatologia.

É apresentada a perspectiva de Laing sobre a psicopatologia clássica e a sua proposta para uma psicopatologia segundo um critério ontológico, de tipo fenomenológico-existencial. Expõe-se a evolução do pensamento de Laing sobre a psicose, referindo-se os conceitos de segurança e insegurança ontológica; sistema de falso Self; três tipos de ansiedade presentes na perturbação esquizofrênica; desenvolvimento “good-bad-mad”; mistificação; psicose como forma de suportar uma situação insustentável; psicose como experiência transcendental e de viagem ao mundo interior; inteligibilidade de sintomas no seio do grupo de pertença. Por fim, identificam-se críticas efectuadas à obra de Laing, e destacam-se alguns aspectos da sua actualidade.

Palavras-chave: Laing, psicopatologia, fenomenologia, existencialismo, psicose.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present a systematic

overview on the work of Ronald D. Laing (1927-1989), specifically his contributions to psychopathology and his view on psychosis.

Laing’s critical perspectives on traditional psychopathology, and his suggestion of a different, ontological criterion for a phenomenological-existential psychopathology, are referred. This paper presents Laing’s evolving views on psychosis and several of his concepts such as: ontological insecurity; false Self system; three types of anxiety present in the ontological insecure individuals; “good-bad-mad” developments; mystification; psychosis as a way of coping with an unbearable situation; psychosis as a transcendental experience and a journey to the inner world; intelligibility of symptoms.

Finally, a critical perspective on laingian concepts and a personal discussion on Laing’s actuality and pertinence are presented.

Key words: Laing, psychopathology, phenomenology, existentialism, psychosis.

Agorafobia

Perspectivas fenomenológica e existencial

GONÇALO REIS (*)

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (**)

A experiência de quem sofre pode continuar a ser a mesma, os critérios de diagnóstico continuam a evoluir.

(Davidson, 2004)

1. INTRODUÇÃO

A finalidade deste artigo é reflectir sobre a compreensão do fenómeno psicopatológico *agorafobia* e sobre o que é a *experiência agorafóbica*, a partir das perspectivas fenomenológica e existencial. Mais do que uma categoria nosológica, interessa-nos a compreensão fenomenológica da experiência agorafóbica e o seu significado existencial.

Phobos era um deus grego que costumava ser evocado para assustar os inimigos. A palavra fobia apareceu há mais de 2000 anos atrás, na terminologia romana, aquando da descrição de hidrofobia como um sintoma da raiva, mas só começou a ser usada no jargão psiquiátrico no século XIX, embora as descrições de medos fóbicos tenham existido muito antes (Goodwin, 1983).

Segundo a CID-10, estados fóbicos definem-se

como sendo estados neuróticos com medo anormalmente intenso perante certos objectos ou situações específicas que normalmente não causariam esse efeito. Se a ansiedade tende a ampliar-se de uma situação ou objecto específico para uma variedade de circunstâncias, então aproxima-se ou torna-se idêntica ao estado de ansiedade e deve classificar-se como tal (Vallejo, 2006). Uma fobia é um medo persistente, irracional e involuntário que surge perante uma situação ou um objecto específico. O medo é reconhecido pelo indivíduo como excessivo e o comportamento de evitamento pode ser incapacitante. Existem quatro factores invariantes que caracterizam as fobias: a persistência do medo, o evitamento da situação temida, a irracionalidade percebida e o grau de incapacidade associado. Actualmente, consideram-se três grupos de perturbações fóbicas: fobias simples, fobia social e agorafobia.

Agorafobia significa medo fóbico de espaços abertos, mas designa actualmente uma perturbação fóbica constituída por fobias múltiplas e difusas, associadas a ansiedade generalizada e redução progressiva da possibilidade de afastamento dos locais onde o sujeito se sente seguro. Para além do medo fóbico dos espaços abertos, a perturbação agorafóbica inclui outros medos fóbicos associados aos transportes públicos (comboios, autocarros, metropolitano, intoleráveis quando cheios de gente), aos espaços fechados (túneis e elevadores, por exemplo), ao estar sozinho em casa, e a estar longe de casa,

O DSM IV-R estabelece a distinção entre per-

(*) Mestrando em *Relação de Ajuda – Perspectivas da Psicoterapia Existencial*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial, Lisboa.

turbação agorafóbica com e sem ataques de pânico. Embora o fenómeno psicopatológico seja comum, a história natural de cada uma é diferente. De facto, muitas vezes a limitação agorafóbica surge após a experiência de um ataque de pânico, o que conduz a ansiedade antecipatória e que leva ao evitamento das situações temidas. Contudo, existem casos nos quais o quadro agorafóbico não é precedido de ataque de pânico, aparecendo em indivíduos com história de experiência psicopatológica de temática ansiosa e, nestes casos, a agorafobia está mais circunscrita a determinadas situações, tais como autocarros, metropolitano, elevadores, entre outras.

A perturbação agorafóbica tende a complicar-se por depressão, relacionada com os sentimentos de inferioridade e/ou de incapacidade que emergem perante as limitações condicionadas por evitamentos múltiplos, mas também por comportamento dependente, que significa geralmente uma forma de lidar com a ansiedade agorafóbica, uma modalidade de obtenção de tranquilização.

Karl Jaspers descreveu a experiência agorafóbica da seguinte maneira: “Quando o paciente deve atravessar uma praça ou se encontra numa rua deserta diante de fachadas altas e largas, apossa-se dele um enorme sentimento de medo de morrer, ligado a um tremor generalizado, pressão no peito, palpitações, sensações de calafrio ou de calor que sobe para a cabeça, transpiração, sensação de estar preso ao solo ou de fraqueza das extremidades, com medo de cair” (Jaspers, 1959). Na consciência agorafóbica mostra-se uma afectação vincada da espacialidade.

Segundo Guimarães Lopes (2006), “A raiz sânscrita *spray*, donde derivou o termo espaço, tem o significado original de ‘desenhar’. Desenhar é espacializar uma ideia. (...) o design das nossas relações intencionais a partir do que as torna tangíveis e peculiares. Já não estamos a falar de espaço mas de uma qualidade, a ‘espacialidade’. Isso acontece quando a finitude (necessidade) é interceptada pela infinitude (possibilidade).” Heidegger (cit. por Santos, 1996) referia-se à espacialidade como: “... uma abertura luminosa, que dá luz e significação ao espaço dos objectos e ao espaço compartilhado com outros seres humanos...” A partir desta definição, para além de uma vivência global e ligada intencionalmente ao objecto que se apresenta perante o sujeito, há um conceito que surge como central na abordagem clínica da espacialidade: a significação. De facto, sendo o Homem capaz de construir signifi-

ficados, é na atitude para com o espaço que habita e que o rodeia que podemos compreender a espacialidade. O facto da referência principal no espaço orientado ser o próprio corpo sobreposto num eixo vertical, que nos é revelado pela experiência da gravidade, mas também horizontal que nos possibilita direccionarmo-nos no espaço, mostra a importância que a consciência do corpo adquire para a compreensão da agorafobia.

Porém, quando se fala em termos psicopatológicos da espacialidade, e tendo em conta o constante movimento que é o devir da existência, poderá existir uma hiper-ordenação da espacialidade, na qual a estrutura rígida e sequencial prevalece na relação e, por outro lado, pode observar-se a espacialidade vivida como caos ou buraco negro onde tudo se consome, levando à indefinição anárquica das possibilidades de relação.

No caso da agorafobia a espacialidade é caracterizada pela vivência da *distanciação*, onde tudo está como muito distante para o indivíduo e onde a constante procura de referências espaciais tem papel importante na estruturação da espacialidade.

O conceito de *espaço orientado* refere-se ao que experimentamos no dia a dia, uma vez que somos a referência, quer no eixo horizontal quer vertical. Cada dimensão tem o seu valor específico, há objectos, limites, distâncias e direcções que podem ter o mesmo comprimento, mas serem valorizadas de formas bastante diferentes, dependendo se estão a ser experimentadas no nosso espaço próximo ou remoto. É o corpo humano que condiciona a experiência do espaço, quer pela sua mobilidade quer pelos órgãos dos sentidos, por isso o espaço orientado não pode ser visto como um *continuum* vazio, “[... tem limitações e conteúdos, é mapeado por objectos que têm um “dentro” e um “fora”...]” (May, 1967).

Binswanger descreveu o *espaço afectivo* como uma experiência determinada pelo humor ou tonalidade afectiva, é a qualidade espacial existente ao mesmo tempo que experimentamos o espaço orientado. Definiu o eixo vertical como a base da existência humana, considera que a vida é uma constante tentativa de movimento para cima, para nos sentirmos “leves”, claramente uma alusão ao conceito de equilíbrio emocional.

Minkowski (cit. por Santos, 1996) definiu dois subtipos no espaço afectivo: o *espaço claro*, que possui uma perspectiva, um horizonte e permite a amplitude da vida e que tem como característica

fundamental a *distância vivida*, o espaço livre entre dois pontos que permite o salto no desconhecido, no encontro fortuito entre indivíduos. Por outro lado existe também o *espaço escuro*, no qual deixa de existir a distância vivida e o espaço vital sofre um estreitamento que cerca e penetra a existência do indivíduo.

2. PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA DA AGORAFOBIA

2.1. Espaço vivido na agorafobia

É através do espaço que se exprime o campo do possível e a estrutura de si, estrutura essa que inclui simultaneamente a relação com o mundo de possibilidades. Nesta relação dialéctica, o espaço vivido é a relação do ser consigo. São as *direcções de sentido de si* que podem fornecer um modelo heurístico de compreensão de configurações psicopatológicas. Tendo a experiência humana o foco no ser-em, na situação, a qual: “actualiza a experiência do Homem, como um movimento permanente de retotalização e redefinição situacional, do ser em relação ao seu Todo” (Charbonneau, 2004), se ser-no-mundo não actualiza, está perante um bloqueio, preso numa configuração que, no caso fóbico, é o *ser aquém de si*.

Ser-aquém representa um bloqueio no qual o Homem perdeu a possibilidade de habitar o espaço total e integral, de se estender nas suas possibilidades. É um obstáculo existencial, identificado pela direcção de sentido que demonstra uma posição, um lugar que no caso é o *ser-aquém*, de um ponto de vista psicopatológico. De qualquer forma, Charbonneau (2004) salientou que essa posição não é necessariamente negativa, uma vez que pressupõe uma situação na qual os sentidos podem reabrir-se e o desenlace tornar-se possível, uma vez que o espaço vivido não é um espaço empírico mas um lugar de expressão da presença humana na estrutura espacial global na qual a perturbação representa um afastamento dessa estrutura. No caso do fóbico surge uma ideia fixa pelo afastamento do próximo, quer no espaço afectivo, quer no espaço social.

O espaço vivido do agorafóbico caracteriza-se por uma relação obsessiva com estabelecimento de um limite espacial, no qual tem de se manter

sem nunca o ultrapassar. Os sintomas são determinados pelo ultrapassar desse limite, cuja solução é encontrada pelo regresso afectivo ao *aquém*. O agorafóbico está fixo no medo de se perder no *muito distante*, que é definido pelo medo de ser-além, em qualquer dimensão. A agorafobia seria, então, uma expressão desse *ultrapassar o limite* e o *aquém* a que está condicionado que, por sua vez, é dinâmico e indica quer um lugar (o lugar do fóbico), quer um movimento de retirada desse lugar, que o define.

A *retirada* é uma expressão do agorafóbico para regressar ao *aquém* do “muito distante” no qual se pode perder, estando constantemente de prevenção, em permanente inquietação.

A agorafobia é, assim, considerada a manifestação central das patologias de ser-em-retirada-de-si ou patologias de inibição. O espaço é vivido como um lugar de exposição, no qual o risco de se *perder ao meio e muito distante da margem* é constantemente projectado. Na experiência agorafóbica há uma divisão entre o espaço familiar, de reencontro afectivo e o espaço de perda, de ser-aquém. Contudo, dialeticamente existe entre ambos os espaços um limite elaborado pelo agorafóbico para poder manter-se *aquém*. O limite é sempre elaborado para que se consiga manter *aquém*, sem nunca o ultrapassar.

O *muito distante* estrutura por isso o espaço do agorafóbico. Pode assumir a forma de ser-ao-meio, a igual distância do ponto de partida como do ponto de chegada, ou ao meio de um lugar, ou ao meio de um espaço público, como aqueles que ele evita, criando assim uma posição de ausência de referencial que se traduz na ansiedade em situações chave. O ponto de chegada torna-se sempre familiar, dá-se o regresso das referências espaciais. São estas situações de *estar-longo-da-margem*, estando por isso *ao-meio*, o que angustia o agorafóbico.

O espaço afectivo do agorafóbico é definido pelo *medo do inabitado* ou *medo do excessivamente habitado*, um medo do vazio, longe de alguém que o implique o estar em relação. O investimento intersubjectivo não é importante para o fóbico, embora Charbonneau refira que ao fóbico basta-lhe o *estar ao lado de*, caracterizado por ser um estar junto, sem implicação afectiva. Existe por isso uma função positiva no estilo relacional e no espaço intersubjectivo do fóbico que, ao não negar a relação (estar-com), permite-se que exista alguma expansão afectiva, apesar da inibição geral.

2.2. Vertigem agorafóbica

Charbonneau (2004) faz uma analogia entre o caminhar à beira duma falésia e a situação de crise agorafóbica. A crise agorafóbica caracteriza-se por uma manifestação de pânico, que é constituída pela perda de referências espaciais e pela mobilização de todas as energias na contínua procura da margem. É a perda do “fio” que liga à margem. É vivido como um *ter-ido-muito-longe*, mas com o caminho de regresso perdido. À medida que a crise se desvanece as referências espaciais voltam a aparecer.

Na margem da falésia o espaço desdobra-se na sua imensidão e dá-se uma desorganização total do espaço vivido. É o *estar longe da margem*. O próximo e o distante misturam-se no espaço vivido. O aqui e o acolá confundem-se. Dá-se um impulso de *querer regressar ao meio*, sem o desejar. É uma angústia de não poder reencontrar a margem, mas ao mesmo tempo uma obsessão em ficar perdido no *além de si*, ficando fixo no regresso ao *aquém de si* perante o medo de se situar perante o seu próprio *tornar-se*, que aqui parece uma alusão ao conceito de projecto e suas escolhas e decisões em autenticidade, próprias da compreensão existencial.

A compreensão fenomenológica da agorafobia é uma tentativa de entender a experiência vivida agorafóbica, focalizando na vivência patológica. Se quisermos utilizar as heurísticas anteriormente mencionadas, vimos que o *ser-aquém-de-si* é um modo fóbico de relação com um limite estabelecido, o qual é, à partida, impossível de ultrapassar. Quando, por qualquer motivo, o movimento do indivíduo se aproxima dessa ultrapassagem, surgem os sintomas agorafóbicos, deixando antever por isso que para o agorafóbico seria necessário *ir-além-de-si*, rompendo com as normas e distâncias intersubjectivas.

3. PERSPECTIVA EXISTENCIAL DO AGORAFÓBICO

A conceptualização da agorafobia tem em conta “o modo pessoal de conseguir viver a minha vida própria, nela me realizar como pessoa humana ao transformar o viver em existir, não meramente um saber de espectador. Vivencio-a na primeira pessoa como seu autor e simultaneamente, como actor do meu texto, no espaço e tempo partilhados com o Outro, ou seja, em situação” (Guimarães

Lopes, 2006). A problemática do agorafóbico centra-se por isso na ansiedade que existe e envolve o seu modo de estar-no-mundo, especialmente através das experiências de espaços sociais.

Segundo Henri Ey (cit. Villegas, 1994) “Se não há liberdade humana, não há loucura”, o que demonstra que perante as possibilidades existentes o Homem pode sempre escolher e decidir, embora por vezes o contrário também seja válido, o que configuraria uma situação de obstáculo existencial, ou a incapacidade para agir e tomar decisões livremente. A neurose seria a impossibilidade de projectar-se autonomamente no mundo. Liberdade é determinação, posição activa perante o mundo, ao contrário de indeterminação com ausência de posição.

Segundo Villegas (1995), o conceito de *dilemas morais* que muitas vezes aparecem associadas a patologias depressivas e ansiosas é uma porta de entrada para compreendermos os modos como enfrentamos as situações de conflito. Refere que a superação destes dilemas supõe uma afirmação, uma reconquista da capacidade de decidir, e que a não superação destes dilemas, que se configura como uma renúncia à liberdade, pode associar-se a perturbações psicológicas graves, tais como a agorafobia.

A agorafobia é uma perturbação da ansiedade na qual existe uma restrição da liberdade de movimentos e uma limitação ao espaço familiar. Ao considerar que a agorafobia corresponde a um conflito moral da liberdade nas relações intersubjectivas, o enfoque é posto na falência de um projecto existencial no qual *a dificuldade em enfrentar espaços abertos é expressão de uma dificuldade em afastar-se de uma relação não escolhida em liberdade*, ou que existe às custas da mesma. A liberdade é vista como incompatível com as obrigações dadas por um destino não escolhido. O factor determinante da agorafobia estaria na impossibilidade de ser autónomo sem quebrar as obrigações morais, que chegam ao indivíduo como uma fatalidade, não escolhidas em liberdade. É a obrigação moral que surge quando em certo ponto do seu desenvolvimento, o sujeito necessita de uma maior autonomia e que, dadas as circunstâncias relacionais, geram um conflito moral e acabam por levar o indivíduo a ter que carregar essas relações que são vividas como limitadoras da sua liberdade.

Segundo Villegas (1995), “conseguir ser autónomo, leva-me a não cumprir as minhas obriga-

ções; assim devo limitar a minha necessidade de autonomia, esta limitação gera *conflito interno* uma vez que vai contra a minha vontade de exploração e assim o espaço é vivido como ameaçador, forçando-me a evitá-lo, não quero responsabilizar-me, prefiro estar mal”. Assim, a agorafobia sinalizaria a existência de um conflito, um dilema moral que faz o sujeito ficar preso ou bloqueado porque é o que deve fazer, em vez de evoluir autonomamente, que é o que quer ou necessita.

O paradoxo é central na dinâmica agorafóbica. Ser consciente de nós próprios como seres finitos com possibilidades infinitas traz consigo a ansiedade existencial de conseguir um equilíbrio em ser-no-mundo. Ao reflectir e integrar a sua ansiedade mediada essencialmente pelos espaços, a redefinição exigida à existência agorafóbica é um processo de ajustamento, quer aos espaços vividos como ameaçadores como ao próprio existir.

Escolher implica afirmar uma posição perante um conflito. É o confronto com a nossa liberdade. Se conseguirmos superar os dilemas inerentes à nossa existência, reconquistamos a nossa capacidade de decidir, e a nossa autonomia cresce. Se renunciamos à nossa liberdade, estamos próximos da patologia. Segundo Villegas (1995), “a resolução deste conflito exige a elaboração de um sistema epistemológico mais complexo, quer a nível cognitivo como moral, em que autonomia e o compromisso moral sejam compatíveis”.

4. PÂNICO, INTERSUBJECTIVIDADE E PSICOTERAPIA EXISTENCIAL

Como referido anteriormente, o conflito assinalado pela agorafobia pelo despoletar de uma crise psicológica apresenta-se como hipótese de desenvolvimento e de retoma do projecto existencial, uma vez que leva à análise e clarificação das mundivências do indivíduo. O que daria à experiência de pânico um papel de precipitador de uma possível experiência reflexiva. Desta forma parece-nos relevante considerar a experiência de pânico como central, tendo em conta a sua presença na agorafobia.

Ao propor uma via alternativa procuramos outras trajectórias que, se possível, clarifiquem significados existenciais no agorafóbico.

Na maior parte dos casos, o desenvolvimento da agorafobia começa com a experiência de um ataque de pânico num local público, que pode ser

consequência de um acontecimento específico ou surgir abruptamente sem nenhum evento que se possa considerar precipitante. Torna-se então preferível falar num autêntico síndrome de pânico que, do ponto de vista das manifestações observáveis, é constituído por vivido de perda e/ou separação (que pode preceder o início da perturbação de pânico), ataques de pânico propriamente ditos, limitação agorafóbica da actividade, ansiedade de antecipação e, ainda, possibilidade de evolução depressiva (Carvalho Teixeira, 1997).

Desta forma, e tendo em conta a experiência vivida de uma insegurança extrema, vital até, o evitamento do aumento da distância de locais familiares vai condicionar o indivíduo, aquilo que caracterizamos como agorafobia. É o evitamento de locais que são associados à experiência de ataque de pânico, limitando a sua liberdade de movimentos e aumentando por isso sentimentos de incapacidade e inferioridade e podendo conduzir à depressão.

No caso do pânico, o medo está directamente relacionado com a percepção de ameaça vivida durante o ataque de pânico, a insegurança perante a incerteza que surge durante e após o ataque de pânico sobre o desconhecimento do que se está a passar e do que se irá passar, a angústia emerge da corporalidade, sem conteúdos psicológicos numa primeira fase, mas podendo remeter para a experiência reflexiva e revelando-se por isso fulcral na compreensão do pânico e, por último, a ansiedade assume o carácter de antecipação perante a incerteza sobre o que irá acontecer no futuro, ligando-se à expectativa de vir a experimentar novos ataques de pânico.

Através das descrições da experiência de pânico podemos constatar que o medo patológico parece advir da corporalidade e existem duas formulações de bases distintas que nos podem ser útil para pensar sobre o pânico, o conceito de *disrupção das fronteiras protectoras corporais*, de base psicodinâmica, e o conceito de *disrupção da crença em ser especial*, de base existencial. Ambos os conceitos assentam na palavra disrupção o que, na nossa opinião, se deve a algo que era assumido como garantido, é subitamente ameaçado ou retirado, como parece ser a natureza do medo patológico descrito acima.

Parece-nos assim, que este conceito é de algum modo equivalente à *crença em ser especial*, referida por Yalom (1980), fundamentada no pressuposto que de, alguma maneira, nós somos especiais e que vamos permanecer magicamente vencendo

a morte, crença que foi também descrita por Pio de Abreu (2001). Desta forma, o pânico assume um papel de disruptor conseguindo rasgar as nossas fronteiras protectoras do corpo e abanar as crenças de imortalidade levando ao síndrome de pânico. Surge então a insegurança, tudo aquilo que sustentava o indivíduo parece ruir, descrita como sensação de “groundlessness” (Yalom, 1980), sentindo-se por isso exposto ao mundo e às suas vicissitudes, contraditórias às crenças que sustentavam o projecto individual do sujeito até ao momento. A vivência da ameaça torna-se numa constante e a angústia existencial presentifica-se, levando o sujeito a evitar a experiência reflexiva (residindo aqui um dos objectivos da terapia) e a conduzir-se dessa forma à limitação agorafóbica na qual o sentirem-se olhados por outras pessoas é vivido de forma invasiva, pelo que a procura de retorno ao familiar e protector é uma constante.

Esta é uma noção muito próxima do papel do olhar descrito por Sartre (1993) que considerou que o olhar do outro, ao objectivar, pode fazer sentir no visado uma perda de controlo sobre si próprio e sobre uma dada situação, o que precipitaria ansiedade e representaria uma negação da percepção de si pela percepção do outro. Assim, a experiência do pânico é o que diferencia o agorafóbico, que não conseguiria estar indiferente ao olhar público e estranho, uma vez que o pânico abanar as suas crenças e fronteiras protectoras prévias que o mantinham seguro e, sobretudo, a uma distância segura. Para não ser descoberto esconde-se do olhar do outro, uma tentativa de ocultação equivalente à atitude de má fé (Garcia Arroyo, 2004).

Um facto curioso reside na apetência, facilidade e segurança que os agorafóbicos experimentam em relação à noite. A escuridão da noite revela-se segura e facilitadora para os agorafóbicos, protegendo-os do olhar público. Poderíamos fazer aqui uma alusão ao conceito de abertura/fechamento do *Dasein*, levando no caso do indivíduo agorafóbico a tornar-se num ser opaco, devido ao seu fechamento ao Mundo e à negação do estar-com.

A experiência de pânico, embora traumática no seu aparecimento súbito pode ser catalisadora de um voltar-se para si próprio, e para uma atitude reflexiva, que põe o indivíduo em contacto com o seu projecto existencial, ficando muitas vezes bloqueado, neste caso na limitação agorafóbica que tem subjacente um paradoxo que deixa o sujeito numa situação aparentemente sem saída,

uma vez que se decidir agir, isso representa um risco acrescido para o próprio devido à possibilidade de ataques de pânico e se por outro lado decidir não agir, isso leva a um crescente sentimento de frustração e inferioridade, revelando a incapacidade perante a fatalidade de um destino no qual não há nada a fazer.

Enfrentar a tensão conflitual do ser no mundo, apresenta-se perante o sujeito agorafóbico de uma forma invasiva que impregna a sua consciência e que conduz de certo modo à angústia existencial, mas não reflectida em liberdade. A angústia existencial que falamos é a mesma que todo o ser humano experimenta ao estar-no-mundo e que Kierkegaard (1969) definiu como vertigem da própria liberdade, que surge quando nos questionamos sobre a liberdade de escolha. No caso do agorafóbico, actua como obstáculo à sua existência em liberdade uma vez que é vivenciado como uma crise de “fronteiras” pessoais, afectando a espacialidade do indivíduo, e que a reconstrução da sua identidade como ser-no-mundo é constantemente sentida como estando em risco, invadida pela desconstrução que, pela essência de espaços físicos socialmente sentidos como consumidores, como são os espaços públicos e em particular os supermercados, vai adiando o confronto com o seu projecto existencial (Davidson, 2003).

Para Kierkegaard (1969), “o Homem experimenta um isolamento básico que pertence à existência e que, nas camadas mais profundas do seu ser, o separa dos outros e do mundo, apesar das relações afectivas gratificantes que vai estabelecendo”. Perante isto, a pessoa só conseguirá vencer a insegurança ontológica gerada pela angústia, quando se entregar a esse sofrimento e escolher-se a si próprio, só a partir da angústia se poderá alcançar a liberdade.

Porém, no caso do agorafóbico a simples exposição à sua ansiedade de uma forma comportamental não é o que descrevemos aqui, mas antes uma clarificação e confronto existencial da condição representada pela angústia na existência do ser humano. Ou seja, ao invés da banalização da ansiedade e da promoção de renovados comportamentos de evitamento, tenta-se explorar e reformular o modo de existir perante as condições da existência, na qual a ansiedade se insere, mas de uma forma responsável que tem que levar em conta a escolha em liberdade do sujeito, no encontro consigo mesmo e o seu projecto.

Um outro aspecto que é necessário ter em conta, diz respeito ao espaço subjectivo do agorafóbico,

que funciona quase como uma *segunda-pele* (Davidson, 2003) e permite a integração da identidade pessoal, pela segurança que lhe transmite (muitas vezes, esse local é a própria casa, e noutros casos, o próprio quarto). O problema surge quando, ao deixar esses locais, o espaço deixa de ser subjectivo e passa a ser inevitavelmente intersubjectivo. O desconforto agorafóbico pode ser expresso pela angústia de não-estar-em-casa.

Sartre (1993), que descreveu o modo de existir de forma inautêntica como sendo aquele no qual o indivíduo nega a sua existência preferindo submergir na corrente de massificação e banalização da individualidade humana, desculpando-se do seu próprio existir e evitando a ansiedade inerente à existência e que no caso da agorafobia, ao contrário da maioria das situações, se traduz num conflito existencial.

É na exploração da experiência e significados que levam uma pessoa a questionar os pressupostos que sustentam o seu sentido de si e a sentir-se ameaçada pela relação com as suas referências espaciais, que pode residir a tarefa central da psicoterapia existencial.

Referimos ainda que a situação existencial do agorafóbico continha outra preocupação inerente, a inevitabilidade da morte e a sua negação. Após a disrupção causada pelo ataque de pânico na crença de ser especial, o sujeito é confrontado com a inevitabilidade da morte mas evita a angústia recriando as fronteiras protectoras permanecendo em espaços familiares e desenvolvendo a *crença na existência de um outro salvador* evitando assim o confronto angustiante com a inevitabilidade da morte, desenvolvendo uma existência montada sobre o outro e não no desenvolvimento do seu próprio projecto.

A análise da existência do Homem com perturbação de pânico pode ser a análise de um projecto existencial que fracassou na tentativa de transcender o isolamento existencial e o medo da morte (Carvalho Teixeira, 1997). A experiência de pânico confronta o Homem com o seu projecto existencial, revelando-lhe as suas possibilidades e limites, conduzindo-o à autenticidade.

Assim, parece fundamental tentar a compreensão e a clarificação dos significados atribuídos pelos sujeitos com experiência agorafóbica, situando-os sempre na sua dimensão intersubjectiva. Considerando a relação terapêutica como constituinte no mundo de relações intersubjectivas do paciente, e não como representante única e exclusiva do

seu mundo relacional, a psicoterapia existencial tenta, através da exploração das dimensões relacionais e sobretudo espaciais do agorafóbico, clarificar o seu modo de existir para que este inclua a sua experiência vivida do mundo e dos outros que existem nele, ao invés de evitar a sua consideração ou construindo e mantendo a possibilidade de um mundo que não se integra na sua experiência vivida.

A tarefa clínica é evidenciar o papel importante que a experiência do pânico pode ter como potencial desencadeador do contacto do sujeito com a sua existência, e ao invés de tentarmos dar uma possível explicação causal para esse fenómeno e de certa forma perpetuarmos a continuação de uma existência que se evita a si própria. Pode ser esse o *crédito* (Chadwick, 1997) do pânico e da agorafobia.

Para se tornar naquilo que é, o sujeito tem de se afirmar perante a sua existência e, antes de assumir qualquer possibilidade, necessita sentir que essas possibilidades existem e que é dele a autoria do seu projecto existencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho Teixeira, J. A. (1993). Introdução às abordagens fenomenológica e existencial em psicopatologia (I): A psicopatologia fenomenológica. *Análise Psicológica*, 11 (4), 621-627.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1996). A relação terapêutica em psicoterapias existenciais. In R. Guimarães Lopes, V. Mota, & C. Santos (Eds.), *A Escolha de Si-Próprio. Actas do II Encontro de Antropologia Fenomenológica e Existencial* (pp. 51-58). Porto: Hospital do Conde de Ferreira.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1997). Experiência fenomenológica e qualidade existencial da perturbação de pânico. *Boletim de Psiquiatria do Barreiro*, 2, 33-39.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1997). Introdução às abordagens fenomenológica e existencial em psicopatologia (II): As abordagens existenciais. *Análise Psicológica*, 15 (2), 195-205.
- Chadwick, P. (1997). Schizophrenia: The Positive Perspective. In *Search of Dignity for Schizophrenic People* (pp. 2-16). London: Routledge.
- Charbonneau, G. (2004). L'être en deçà de Soi ou la hantise phobique de l'outrepassement. In *Les Directions de Sens. Phénoménologie et Psychopathologie du Espace Vécu* (pp. 115-130). Paris: Le Cercle Hermeneutique, Collection Phéno.
- Davidson, J. (2004). *Phobic Geographies: The phenomenology and spatiality of identity*. Aldershot: Ashgate Publishing Press.

- Ellenberger, F. H. (1967). Psychiatric phenomenology and existential analysis. In R. May, R. Angel, & F. H. Ellenberger (Eds.), *Existence* (pp. 110-111). New York: Aronson Publishers.
- García-Arroyo, J. M. (2004). Aportaciones de la obra filosófica de Jean-Paul Sartre a la psiquiatria actual. *Anales de Psiquiatria*, 20 (5), 211-221.
- Goodwin, D. W. (1983). *Phobia: the Facts*. London: Oxford University Press.
- Guimarães Lopes, R. (2006). *Psicologia da Pessoa e Elucidación Psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições.
- Guimarães Lopes, R. (1996). Ansiedade. Ensaio de antropologia fenomenológica. In R. Guimarães Lopes, V. Mota, & C. Santos (Eds.), *A Escolha de Si-Próprio. Actas do II Encontro de Antropologia Fenomenológica e Existencial* (pp. 73-94). Porto: Hospital do Conde de Ferreira.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia Geral* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Kierkegaard, S. (1969). *O Conceito de Angústia*. Lisboa: Editorial Presença.
- May, R., Angel, E., & Ellenberger, F. H. (Eds.) (1967). *Existence*. New York: Aronson.
- May, R. (1977). *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton.
- Pio Abreu, J. L. (2001). *Como tornar-se doente mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, C. (1996). Remanência e Includência. In R. Guimarães Lopes, V. Mota, & C. Santos (Eds.), *A Escolha de Si-Próprio. Actas do II Encontro de Antropologia Fenomenológica e Existencial*. Porto: Hospital do Conde Ferreira.
- Santos, N. B. (1997). Funcionamento psicológico do hipocôndrico. Aspectos fenomenológicos. *Boletim de Psiquiatria do Barreiro*, 2, 29-32.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (pp. 390-391). Barcelona: Masson.
- Villegas, M. (1995). Psicopatología de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.

RESUMO

Os autores desenvolvem uma análise fenomenológica e existencial da agorafobia, caracterizando o papel da vivência agorafóbica como ser-aquém-de-si, e referenciando a experiência da vertigem agorafóbica como central para a compreensão do fenómeno. A agorafobia é considerada como um dilema moral na existência que restringe as escolhas em liberdade do indivíduo e a experiência de pânico é analisada seguindo o movimento subjectivo-intersubjectivo demonstrando o seu possível crédito para a psicoterapia existencial, que surge assim como relação terapêutica integrada na mundivivência do indivíduo e que permite a exploração dos pressupostos que sustentam o mundo agorafóbico como possibilidade de existir.

Palavras-chave: Agorafobia, ser-aquém-de-si, vertigem agorafóbica, dilema moral, psicoterapia existencial.

ABSTRACT

The authors develop a phenomenological and existential analysis of agoraphobia, characterizing the role of the agoraphobic experience as to-almost-being-oneself, and make reference to agoraphobic vertigo experience as central for the understanding of the phenomena. The agoraphobia is considered as a moral dilemma in existence that restricts the individual's freedom of choice and the panic experience is analyzed following of the subjective-intersubjective movement demonstrating its possible credit for existential psychotherapy which, as a therapeutical relation, is part of the individual's lived world of relations and allows the exploration of the assumptions that support the agoraphobic world as a possibility to existence.

Key words: Agoraphobia, to-almost-being-oneself, agoraphobic vertigo, moral dilemma, existential psychotherapy.