

# Psychological Intervention in Psychotic Crisis: a person-centered approach

## *Intervenção Psicológica em Crise Psicótica: uma abordagem centrada na pessoa*

Guilherme Wykrota TOSTES<sup>1</sup>  0000-0001-6873-9889

Vera Engler CURY<sup>2</sup>  0000-0003-2721-3367

### Resumo

Este artigo descreve, analisa teoricamente e exemplifica por meio de uma vinheta fictícia uma intervenção psicológica de natureza clínica, desenvolvida por psicólogos num serviço de atenção terciária em saúde mental, como alternativa à contenção física convencional em situações de crises psicóticas agudas. O referencial teórico adotado é a Terapia Centrada no Cliente, desenvolvida pelo psicólogo norte americano Carl Rogers. A intervenção psicológica disponibilizada desvela a importância da relação interpessoal no cuidado a pacientes que passam por crise psicótica. A postura terapêutica do psicólogo inclui as três atitudes preconizadas por Carl Rogers como necessárias e suficientes para desencadear um processo de retomada da autonomia pessoal: congruência ou autenticidade, aceitação positiva incondicional e compreensão empática, além da confiança na tendência atualizante do paciente. A estratégia terapêutica apresentada consiste num recurso possível a ser utilizado para a estabilização da pessoa em crise. Estas atitudes foram propostas, inicialmente, por Rogers e equipe para o desencadeamento e manutenção de um processo de intervenção psicoterápica, mas mostraram-se eficazes, também, na experiência de psicólogos brasileiros em relação a pacientes com transtornos mentais graves em situação de crise aguda.

**Palavras Chave:** intervenção em crise; compreensão empática; psicologia humanista; pré-terapia; crise psicótica

### Abstract

---

<sup>1,2</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro Ciências da Vida, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia. Campinas, SP, Brasil. Email: <gwtostes@gmail.com>.

Como citar esse artigo?

Tostes, G. W. & Cury, V. E. (2021). Psychological Intervention in Psychotic Crisis: a person-centered approach. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 38, e200106. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e200106>

**ATENÇÃO: O ARTIGO ORIGINAL ESTÁ DISPONÍVEL APENAS NA LÍNGUA INGLESA** – Link de acesso ao artigo original: [https://www.scielo.br/j/estpsi/a/7K58bNLrFmD3CfcHSMwLc3D/abstract/?lang=pt&fbclid=IwAR3NFKUcx2Jj-qBGqAd6iLWfHKEzGUSiV3vgwuZ5JMu1h7\\_x1PZiX1aV4#](https://www.scielo.br/j/estpsi/a/7K58bNLrFmD3CfcHSMwLc3D/abstract/?lang=pt&fbclid=IwAR3NFKUcx2Jj-qBGqAd6iLWfHKEzGUSiV3vgwuZ5JMu1h7_x1PZiX1aV4#)

*This article describes, theoretically analyzes and exemplifies, through a fictitious vignette, a psychological intervention of a clinical nature, developed by psychologists in a tertiary care service of mental health, as an alternative to conventional physical restraint in situations of acute psychotic crises. The theoretical framework adopted is Client-Centered Therapy, developed by the North American psychologist Carl Rogers. The psychological intervention reveals the importance of the interpersonal relationship in the care of patients who are going through a psychotic crisis. The psychologist's therapeutic posture includes the three attitudes advocated by Carl Rogers as necessary and sufficient to facilitate the process of resuming personal autonomy: congruence or authenticity, unconditional positive acceptance and empathic understanding, in addition to confidence in the patient's actualizing tendency. The therapeutic strategy presented is a possible resource to be used to stabilize the person in crisis. These attitudes were initially proposed by Rogers and his team to develop and maintain a psychotherapeutic intervention process, but they also proved to be effective in the experience of Brazilian psychologists in relation to patients with severe mental disorders in acute crisis.*

**Keywords:** *crisis intervention; empathic understanding; humanistic psychology; pre-therapy; psychotic crisis.*

O presente artigo objetiva apresentar uma análise teórica acerca de uma intervenção psicológica praticada no caso de pacientes em crise psicótica aguda a partir dos pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo norte americano Carl Rogers no contexto da Terapia Centrada no Cliente. Este tipo de intervenção foi efetivada por um dos autores e colegas psicólogos num serviço hospitalar de atenção terciária em saúde mental, como alternativa à contenção física convencional em situações de crises psicóticas agudas. Visando descrever e exemplificar o acontecer clínico deste tipo de intervenção, sob uma perspectiva fenomenológica, será apresentada uma vinheta fictícia baseada em múltiplas vivências de um dos autores. Este trabalho visa contribuir para subsidiar o desenvolvimento de práticas de intervenção psicológica que levem em conta a experiência subjetiva de sofrimento vivida por pessoas em situações de crise psicológica. Trata-se de uma intervenção psicológica breve, de caráter emergencial, que tem como objetivo oferecer apoio por meio de uma relação intersubjetiva que busca favorecer uma retomada, por parte do paciente, do contato com a realidade para, assim, promover a sua estabilização emocional.

A intervenção psicológica que se pretende descrever incorporou determinadas atitudes por parte da equipe de psicólogos com a intenção de contribuir para a estabilização de pacientes que vivenciavam sofrimento mental em situação de crise psicótica aguda; constitui uma estratégia clínica que privilegia a própria relação intersubjetiva da equipe com o paciente.

Vale ressaltar que foi elaborado um protocolo operacional padrão nesta instituição hospitalar, diante da eficácia terapêutica que a presença ativa dos profissionais psicólogos às manifestações de sofrimento mental dos pacientes em situação de crise proporcionou; tal documento visava assegurar a presença de algum membro da equipe de psicologia para a efetivação das primeiras intervenções nesses casos. Esse protocolo institucional teve como escopo a

humanização das práticas profissionais voltadas ao enfrentamento de situações de crise em pacientes sob custódia hospitalar. Na elaboração desse protocolo, a experiência da equipe de psicologia desempenhou um papel central, pois a presença de um psicólogo passou a ser obrigatória diante de qualquer quadro de crise aguda e anterior a qualquer tentativa de contenção física ou química por parte das demais equipes, médica ou de enfermagem.

Visando ilustrar o contexto e descrever com maior clareza o processo de intervenção, foi criada uma “narrativa ficcional”. Essa narrativa foi estruturada a partir de fragmentos de histórias de vida que foram “embaralhados” e a partir dos quais foram criadas “colagens” baseadas em fatos reais, mas que devem ser lidas como ficção de forma que “nenhum personagem pode ser encontrado na vida real conforme descrito, pois nenhum é reflexo de uma única pessoa” (Reigota, 1999, p. 74).

Era uma fria manhã de junho. A enfermaria permanecia silenciosa. Como de costume, em breve, este silêncio daria lugar aos ruídos habituais, ao ir e vir das pessoas, às conversas, ao manusear de cartolinas e outros materiais nos grupos de terapia ocupacional. Naquele dia, no entanto, algo rompeu a rotina. O espaço foi invadido pelo som de vidro sendo quebrado e de um latão sendo chutado. Esses ruídos provinham da enfermaria do primeiro andar. Cabeças ergueram-se e alguns pacientes que estavam mais próximos precipitaram-se em direção ao barulho. Deparamo-nos com uma cena dantesca: Gustavo estava quebrando e chutando tudo o que estava ao seu alcance. Havia muitos cacos de vidro no chão, além do lixo que se espalhara por todo o local e de cadeiras que ao serem arremessadas foram parar nos cantos da sala. Alguns membros da equipe de enfermagem tentavam fazê-lo parar, mas ele prosseguia, determinado e impulsivo. Os técnicos de enfermagem gritaram por ajuda enquanto um deles comunicava pelo rádio aos demais profissionais que se tratava de “código vermelho na Unidade de Internação 2”.

Esta situação não é incomum para profissionais que atuam em serviços de atenção terciária em saúde mental no caso de pacientes que apresentam quadros de sofrimento mental agudo. Ainda assim, é uma sintomatologia que demanda resposta rápida por parte das equipes a fim de conter o paciente, antes que machuque outras pessoas ou a si mesmo. A cena poderia prosseguir da seguinte forma, se quisermos ilustrar a maneira tradicional de contenção ainda muito presente em contextos hospitalares atuais:

Como cada membro da equipe terapêutica tinha acesso a um rádio para comunicação interna com os demais, ao ouvirem o chamado do atendente de enfermagem, um dos dois técnicos, presentes em cada uma das unidades, deslocou-se imediatamente para o local anunciado. Rapidamente, formou-se, na porta da “Unidade 2”, uma equipe composta por 6 homens vestidos de branco que juntos adentraram a unidade em que Gustavo estava. Sentindo-se mais amparado pelos colegas, Carlos, o atendente, destrancou o posto de enfermagem para pegar alguns lençóis e faixas apropriados para a contenção física ao paciente. Antes disto, os técnicos de enfermagem ainda tentaram uma rápida abordagem verbal com Gustavo, dizendo a ele que queriam ajudá-lo e ensaiando uma negociação para que se acalmasse. Sem resultado, decidiram que seria melhor contê-lo fisicamente. Realizaram, também, a contenção química, após uma avaliação do psiquiatra de plantão. Pelo fato de Gustavo estar muito tenso, com a musculatura contraída, a medicação demorou a fazer efeito. Após uma hora, ainda sob contenção, Gustavo finalmente adormeceu.

O que se tem como procedimento convencional em situações de crise em instituições desta natureza é a prática de contenção física e/ou química. Eugenio Borgna, psiquiatra italiano, critica o contexto clínico tradicional em que os profissionais de saúde mental utilizam como recurso terapêutico o silenciamento do paciente. Borgna (2019) afirma que a psiquiatria vive um período de significativas ambivalências e de posicionamentos que apontam para um profundo reducionismo na compreensão do ser humano e denuncia esse reducionismo em suas obras sobre o tema. Aponta para uma unilateralidade na análise do fenômeno humano por meio do reducionismo biologicista, que compreende os atos psíquicos, exclusivamente, a partir da expressão direta de uma alteração orgânica neurofisiológica ou neuroquímica (Borgna, 2003, 2019). Ele (Borgna, 2003, p.30, tradução nossa) pontua que:

Os caminhos cognitivos e conceituais, com os quais as psiquiatrias biológicas se confrontam com as experiências psicóticas, com as depressões, com as síndromes de ansiedade e com aquelas obsessivas, são marcadas pela identificação dos fenômenos psíquicos com os fenômenos físicos, pela anulação da dimensão psíquica da vida humana, pela redução da subjetividade a manifestações biológicas objetiváveis e pela individualidade humana a uma realidade que não tem nada a ver com as questões da natureza.

Segundo Borgna (2003, 2019) a medicalização das vivências humanas, proposta pela lógica biologicista, tem eclipsado a constituição de um encontro humano dialógico, que segundo ele, é o recurso fundamental para um tratamento eficaz quando se trata de sofrimento psíquico.

### **Intervenção Psicológica em Crise Psicótica: dados históricos e produção científica atual**

O pesquisador e médico psiquiatra Gerald Caplan (1980), expoente no processo de desenvolvimento da psiquiatria norte-americana voltada à prevenção, constatou que seus pacientes apresentavam deterioração psíquica a longo prazo, após o término de uma crise psicótica. A partir dessas conclusões, ele decidiu desenvolver estratégias de cunho preventivo, buscando evitar que os pacientes desencadeassem tais crises. Caplan (1980) entendia que o significado da crise estava no desenvolvimento de uma condensação temporal, momento em que poderiam ocorrer alterações importantes na estrutura psíquica da pessoa em um período relativamente curto. Tal desequilíbrio seria decorrente de um estímulo que assinalaria perigo iminente à satisfação das necessidades fundamentais ou que ameaçasse uma necessidade em especial. Somado a isso, as alternativas das quais dispõe a pessoa em crise para resolver o conflito interno não se apresentam resolutivas de um ponto de vista subjetivo. Caplan (1980) descreveu quatro fases presentes nessas crises: a “Fase 1” o autor defende que a elevação da tensão gerada pelo impacto do estímulo mobiliza habituais respostas homeostáticas para a solução de problemas; a “Fase 2” é caracterizada pela falta de êxito e pela continuação do estímulo que determinam a elevação da tensão e o estado de alteração e ineficácia; na “Fase 3”, a tensão

segue aumentando e ultrapassa uma terceira fase visando começar a atuar como um poderoso estímulo subjetivo para a mobilização de recursos internos e externos, é um momento em que o indivíduo recorre às suas reservas de energia e aos seus mecanismos de resposta a situações de emergência para resolver o problema, chegando a utilizar de novas técnicas para enfrentar o que considera como ameaça e neste ponto, como resultado dessa mobilização de esforços o problema pode diminuir de intensidade e resolver-se; na “Fase 4”, se o problema continuar e não puder ser resolvido com a satisfação da necessidade ou ser evitado por meio de uma resignação face à insatisfação ou a distorção perceptiva, a tensão eleva-se até um ponto de ruptura ocorrendo uma desorganização importante no funcionamento do indivíduo, com resultados graves.

Karl Slaikeu (1988) em um extenso manual sobre intervenções em crises refere-se a crise psicológica como um estado temporal de transtorno e desorganização durante a qual a pessoa encontra-se incapaz de manejar situações específicas através da utilização de métodos com os quais está acostumada, para a solução de problemas. Esse autor identifica dois tipos fundamentais de crises humanas: a) uma relativa ao processo de desenvolvimento das fases da vida, que tem como características: desespero, negativismo, perigo e desorganização; b) uma relativa a eventos circunstanciais da vida, que tem como características: surgimento repentino, imprevisibilidade, urgência, impacto potencial sobre comunidades inteiras, perigo e oportunidade (Slaikeu, 1988). Ele define “intervenção em crise” como uma forma de intervenção de caráter focal que se propõe a oferecer um auxílio à pessoa em sofrimento para que consiga superar o risco de perda da saúde mental e buscar resolver problemas nocivos, visando uma redução de danos com benefício ao seu desenvolvimento pessoal (Slaikeu, 1988).

Vicente Rojo e Domingo Peral (2008) definem a “crise psicótica” como um momento em que a pessoa sofre uma grave deterioração de seu funcionamento mental e de alguma forma perde contato com a realidade, com a capacidade de introspecção e de enfrentamento às demandas da vida cotidiana; pode configurar-se sob a forma de estados confusionais, comportamentos bizarros e conduta agitada com a predominância de delírios, alucinações, linguagem e conduta desorganizadas, assim como alterações significativas de humor. Há, também, a presença de alteração da memória recente ou alteração da vivência do tempo, acompanhadas de alteração da consciência de si. Esses autores chamam atenção para outras características presentes nesses quadros: a) intimidade, proximidade ou contato físico podem ser considerados ameaçadores; b) a pessoa em crise psicótica vive o mundo com medo, como um estranho, e confunde essas vivências internas com a realidade; c) a capacidade de cuidar de si mesmo, alimentar-se, tomar remédios ou cuidar de outras pessoas pode ser afetada. Com relação à intervenção na crise psicótica, Rojo e Peral (2008) apontam para: a) Avaliação da situação: até que ponto é um risco para si e não pode cuidar de si mesma? Até que ponto é um risco para os outros? Qual é o contexto mais apropriado para ajudá-la? Que apoio tem a pessoa? b) Comunicação: O objetivo do trabalho da equipe que atua neste tipo de emergência é se comunicar com a pessoa e ajudá-la a ter sua crise gerenciada por

ela mesma, com auxílio de profissionais, facilitando sua resolução. Do ponto de vista da forma como a pessoa comunica verbalmente o que está acontecendo com ela, esses autores referem-se ao fato de que ela está vivendo uma experiência que não pode processar normalmente, uma vez que a psicose distorce a narrativa pessoal a tal ponto que a experiência vivida não pode ser contada de maneira habitual porque não seria compreensível. Um dos objetivos da intervenção proposta por Rojo e Peral é levar a pessoa em crise para uma avaliação clínica acerca do tratamento farmacológico mais indicado para diminuir os sintomas psicóticos, com o objetivo de reduzir o sofrimento e restaurar o equilíbrio.

Garry Prouty (2003), psicólogo humanista norte americano, desenvolveu uma proposta original de intervenção a ser realizada com pessoas em sofrimento severo crônico a partir das contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers e da psicologia Experiencial desenvolvida por Eugene Gendlin, de quem foi aluno. Denominou essa intervenção “pré -terapia”. Ele buscou lançar luz sobre as dimensões e dificuldades vivenciadas pelo psicólogo no processo de estabelecimento de contato interpessoal com pessoas mais regredidas psicologicamente. Prouty definiu a pré-terapia como sendo uma teoria sobre o contato psicológico que visa o “desenvolvimento ou o estabelecimento das funções necessárias para a relação terapêutica e a experiência” (Prouty, 2003, p.45). As funções de contato para ele se relacionam com as funções psicológicas internas do cliente. Prouty (2003) define duas modalidades de clientes a partir das possibilidades de comunicação: os “expressivos” e os “pré-expressivos”. Segundo ele, os clientes “expressivos” são aqueles que conseguem incluir com mais facilidade e naturalidade os outros em suas experiências, reconhecendo informações relevantes sobre eles [inclusive reconhecendo e transmitindo-lhes um senso de valorização por meio de suas atitudes]; já os pacientes considerados como pré-expressivos não o fazem com facilidade. Os pré-reflexivos demonstram não estarem interessados em serem compreendidos; parece, inclusive, que não se dão conta de que os outros não os compreendem.

Uma característica da pré-terapia é não apresentar exigências relativas ao processo de criação de significado verbal na relação terapeuta/cliente, ou seja, prescinde de uma atitude de compreensão empática por parte do terapeuta no caso do cliente caracterizado como pré-expressivo. Ao invés de buscar uma compreensão dos sentimentos por meio de reflexões empáticas, a terapia oferece “reflexão do contato”. Prouty (2003) especificou essas “reflexões” como procedimentos simples que podem ser utilizados, inclusive, por terapeutas iniciantes para desenvolver um relacionamento terapêutico com pessoas totalmente não comunicativas. As “reflexões do contato” são manifestações literais sobre o comportamento verbal e não verbal do cliente e sobre aspectos da realidade concreta ao redor dele e do terapeuta no momento presente do encontro que facilitam o desenvolvimento das habilidades de contato do cliente (Prouty, 2003).

As “reflexões do contato” possuem 5 modalidades: (1) reflexão situacional, implicar em transmitir verbalmente ao paciente o que ele está fazendo explicitando também o contexto em que se encontra; (2) reflexão corporal – transmissão verbal e/ou corporal ao paciente do que ele está fazendo seu próprio corpo; (3) reflexo da expressão facial – implica transmitir verbalmente ao paciente quais sentimentos ele parece estar experimentando com base em sua expressão facial; (4) reflexão de palavra por palavra – transmissão verbal através da repetição de quaisquer palavras ou frases que façam sentido em verbalizações desorganizadas e sem sentido, mesmo que isso signifique repetir palavras simples (Karon & VanderBoss, 1981). A quinta modalidade (5) é a reflexão reiterativa que consiste em repetir, oportunamente, e valorizar algumas das tentativas de contato baseadas em modalidades anteriores que foram bem sucedidas no objetivo de estabelecer contato psicológico. Estes princípios são geralmente suficientes para transformar um paciente com dificuldades de estabelecer contato em alguém “responsivo” no prazo de algumas horas (Karon & VanderBoss, 1981). Prouty acreditava que a repetição nesse contexto aumenta a possibilidade do estabelecimento de uma relação, bem como favorece o processo de experiência do cliente (Van Werde, 2016).

Prouty (2003, p.12) recomenda aos psicólogos que atendem pacientes psicóticos:

como o terapeuta não vivencia a experiência psicótica, tem que a assimilar, sentindo-a gradualmente internamente. Neste caso, é necessária uma atitude empática em relação a perda da percepção de si próprio e a perda da realidade – isto é a perda do próprio ego.

Ele utiliza o conceito de *einfulbung*, compreender a partir de dentro, como uma forma de ser empático face a uma experiência psicótica. Este conceito também remete à necessidade da compreensão rigorosa do processo de experiência do cliente, que seria a capacidade do terapeuta de compreender a percepção de realidade que o cliente vivencia em relação às alucinações, tentando perceber como se fossem seus o espaço, as cores e outros elementos percebidos pelo cliente. Um terceiro elemento que este conceito também procura abranger é a necessidade do terapeuta buscar experienciar o que o cliente está vivenciando em relação à alucinação – medo, desconfiança, coragem –, isto é, o terapeuta precisa compreender os sentimentos da pessoa acerca da alucinação, quais são as emoções presentes no espaço psicótico (Prouty, 2003).

Estudos atuais apontam aplicações bem sucedidas da pré-terapia e das atitudes centradas na pessoa que a sustentam; podem ser usadas por diversos tipos de cuidadores em ambientes diferentes nos quais se desenvolvem cuidados e tentativas de contato com pessoas mentalmente perturbadas. Esrking (2015) apresenta benefícios em contexto psiquiátrico num trabalho similar ao do Acompanhante Terapêutico (AT); Swan e Schottelkorb (2015) investigaram o processo de mudança psicológica na ludoterapia com uma criança que apresentava dificuldades no

estabelecimento do contato interpessoal; Štěpánková (2015) apresenta um estudo fenomenológico sobre a experiência de contato com pessoas autistas a partir da compreensão empática.

Existem também pesquisas que demonstram a eficácia de intervenções preventivas dos quadros de surtos ou crises psicológicas agudas, seja por meio de serviços territoriais que envolvem a reabilitação e recuperação da pessoa em sofrimento em seu próprio ambiente, evitando-se, assim, as internações hospitalares (Davidson, 2019), seja através de intervenções clínicas que identificam os pródromos dos surtos psicóticos agudos e propõem atuações precoces que levem à estabilização da pessoa antes do desencadeamento (McGorry, 2020; McGorry, Trethowan, & Rickwood, 2019; Nelson et al., 2020).

### **Fundamentos Metodológicos para uma Intervenção Psicológica em Crise Psicótica a partir da Abordagem Centrada na Pessoa**

O que se encontra na literatura técnica supracitada sobre o tema, são propostas de intervenções que dizem respeito a um conjunto de estratégias para lidar com a situação de crise a partir de técnicas e protocolos de conduta que incluem modos de contenção física e de medicação psiquiátrica. O que se está abordando no presente artigo, por outro lado, refere-se à complexidade de elementos fundamentais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica dialógica entre o psicólogo e o cliente em crise. Remetendo às fases da crise delimitadas por Caplan (1980), esta proposta circunscreve-se à "quarta fase" - a tensão se eleva até um ponto de ruptura produzindo uma importante desorganização no indivíduo, com resultados graves. Definimos as situações de "crises psicológicas agudas" como vivências psíquicas extremas que incluem a experiência de desrealização e despersonalização, acompanhadas de manifestações de desespero e/ou raiva que, na maioria das vezes, provocam nos pacientes, atuações psicomotoras de hetero e/ou autoagressividade. Tais quadros podem vir acompanhados de sintomas positivos, comuns nos quadros psicóticos.

Carl Rogers (1957-1994), um dos maiores expoentes da psicologia humanista norte americana, dedicou-se a construir hipóteses sobre a relação terapeuta-cliente e sobre o processo de crescimento psicológico, tanto no contexto de atendimentos a pessoas com relativo grau de autonomia pessoal (Rogers, 1957-1994), quanto em relação àquelas consideradas como necessitando estar sob custódia, ou seja, pacientes crônicos hospitalizados (Rogers, 1967). Rogers, em 1957, em um dos trabalhos seminais da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), apresentou, a partir de dados empíricos, a proposição de seis condições/atitudes que seriam necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade:



Que duas pessoas estejam em contato psicológico; 2. Que a primeira, a quem chamaremos cliente, esteja num estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa; 3. Que a segunda pessoa, a quem chamaremos de terapeuta, esteja congruente ou integrada na relação; 4. Que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente; 5. Que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do esquema de referência interno do cliente e se esforce por comunicar esta experiência ao cliente; 6. Que a comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja efetivada, pelo menos num grau mínimo. (Wood et. al., 1994, p. 145).

Durante o período de 1957 a 1963, Rogers et al. (1967) desenvolveu uma pesquisa ampla junto ao departamento de psiquiatria e psicologia da Universidade de Wisconsin. Essa pesquisa originou-se do desejo de Rogers verificar se as hipóteses fundamentais que cunharam as atitudes do terapeuta no contexto da Terapia Centrada no Cliente também seriam efetivas para pessoas que não se dispunham a receber ajuda psicológica por julgá-la desnecessária ou para aquelas que em função da gravidade do quadro clínico não conseguiam dar-se conta da necessidade.

Naquele estudo, Rogers constatou que das três atitudes fundamentais para o desenvolvimento da personalidade que estavam sendo postas à prova - aceitação positiva incondicional, autenticidade ou congruência do terapeuta e compreensão empática -, aquelas que mais efetivamente auxiliavam no processo de desenvolvimento de uma maior autonomia pessoal de pessoas com transtorno de personalidade grave como os quadros esquizofrênicos eram a aceitação positiva incondicional e a autenticidade ou congruência do terapeuta; quanto a compreensão empática, nem sempre o paciente era capaz de percebê-la em função das próprias limitações impostas pelo adoecimento. Nas palavras de Rogers et al. (1967, p.76, tradução nossa):

O indivíduo esquizofrênico parece estar procurando relacionar-se com alguém em quem possa confiar e é a capacidade do terapeuta de mostrar-se como uma pessoa confiável e atenciosa que parece ser crucial para ele. Portanto, considerando nossas avaliações, sua percepção sobre a congruência e a consideração positiva do terapeuta é central. Somente mais tarde a compreensão empática torna-se importante e perceptível em um grau mais elevado.

Assim, foi possível concluir ao final daquela pesquisa que as mesmas condições atitudinais que facilitam o contato psicológico e o estabelecimento de uma relação terapêutica com pessoas neuróticas, fazem-se eficazes na relação com pacientes extremos, como ele os denominou (Rogers et al., 1967). No sumário desta obra, Rogers et al. (1967) tecem comentários sobre como os clientes psicóticos se assemelhavam com outros grupos de clientes com os quais trabalhou quando perceberam que esses primeiros pareciam responder construtivamente “a elementos sutis e libertadores de um relacionamento interpessoal” (p. 93, tradução nossa) e que apesar desses elementos não terem aparecido de forma específicas nos dados da pesquisa, eles estavam presentes em todos os dados e essa evidência poderia significar uma das descobertas mais importantes daquele estudo.

Rogers compreendia a consideração positiva incondicional como uma condição de aceitação por parte do terapeuta da pessoa do cliente de forma incondicional. A incondicionalidade pode ser compreendida como uma atitude que reconhece no cliente valor e dignidade de forma a não defini-lo a partir de suas limitações ou problemas, mas reconhecê-lo como uma pessoa provida de potencialidades.

A consideração positiva incondicional, quando comunicada pelo terapeuta, atua fornecendo um contexto não ameaçador no qual é possível ao cliente explorar e experimentar os elementos mais profundamente ocultos de seu eu interior. O terapeuta não é paternalista, sentimental ou superficialmente social e agradável. Mas seu profundo cuidado é um ingrediente necessário para fornecer um contexto "seguro", no qual o cliente possa explorar a si mesmo e compartilhar profundamente com outro ser humano. (Rogers, 1967, p.104, tradução nossa).

Cury (2019) escreveu recentemente uma resenha sobre o livro acima mencionado na qual sintetizou os principais resultados daquela pesquisa, como enunciados por Rogers e sua equipe: a) o elemento mais essencial para que um processo de desenvolvimento da personalidade possa ocorrer, quer se esteja falando de psicoterapia com pessoas neuróticas ou com aquelas diagnosticadas como psicóticas, ou acometidas de outros transtornos psíquicos, é a relação pessoa – a – pessoa; b) os elementos favorecedores da constituição da relação terapêutica não dependem especificamente do terapeuta ou do cliente, mas sim, constituem o resultado da interação entre ambos; c) os pacientes psicóticos e os estudantes universitários que participaram da pesquisa apresentaram uma percepção mais adequada sobre a relação interpessoal do que os psicoterapeutas mais experientes; d) uma teoria psicológica sobre o processo de desenvolvimento da personalidade através de uma relação terapêutica pode ser testada na prática a partir de instrumentos adequados; e) não obstante a oferta pelos terapeutas das três atitudes ou condições facilitadoras (aceitação, compreensão e autenticidade), os pacientes acometidos com esquizofrenia tiveram dificuldade em percebê-las, mas foram capazes de desenvolver tal percepção ao longo do processo terapêutico; f) Os pacientes acometidos de esquizofrenia perceberam com maior facilidade os níveis de aceitação, consideração positiva e autenticidade do terapeuta do que a compreensão empática (que os neuróticos demonstram perceber mais e de maneira mais imediata); g) no que tange as condições facilitadoras disponibilizadas no contexto de hospitalização psiquiátrica, os pesquisadores perceberam que o clima de uma enfermaria poderia melhorar significativamente se os trabalhadores se colocassem disponíveis para conversa de forma íntima e também calorosa com as pessoas em sofrimento no próprio local permitindo que os outros pacientes pudessem escutar a conversa, pois o apego dos terapeutas a certo padrão de atendimento clínico não é necessário nem produtivo para todos os contextos (Rogers, 1967; Cury, 2019).

Para Rogers (1977), a empatia é fundamental para o estabelecimento de uma relação efetivamente terapêutica. A partir de pesquisas empíricas (Rogers, 1977), ele apresentou os

resultados dos efeitos de um clima empático sobre a dinâmica e o comportamento das pessoas: a) o terapeuta ideal é uma pessoa acima de tudo empática; b) o clima constituído pela relação empática está diretamente relacionado à auto exploração do cliente e ao movimento do processo; c) a empatia quando percebida pelo cliente desde o início da relação permite a previsão de sucesso posterior; d) a compreensão empática é proporcionada pelo terapeuta e não depende do cliente; e) O nível de empatia proporcionado pelo terapeuta está diretamente relacionado a sua experiência clínica; f) a empatia é uma característica muito especial numa relação de ajuda psicológica e psicoterapeutas são capazes de comunicá-la de forma mais eficaz do que amigos íntimos; g) o equilíbrio interno do psicoterapeuta está diretamente relacionado ao grau de empatia que ele será capaz de comunicar ao cliente; h) a falta de experiência clínica do psicoterapeuta pode favorecer uma baixa demonstração de empatia pelos clientes; i) os clientes percebem melhor o grau de empatia do que os próprios psicoterapeutas; j) brilhantismo intelectual e percepção diagnóstica não têm relação com a capacidade empática; k) uma atitude empática pode ser apropriada a partir do contato com pessoas empáticas.

A seguir, apresentaremos uma vinheta que visa ilustrar os conceitos acima descritos, apresentando uma estratégia terapêutica alternativa às intervenções tradicionais a pacientes que vivenciam uma crise psicótica.

Helena, estava em meio a um atendimento na Unidade 4, quando escutou o anúncio sobre "código vermelho". Sabia que precisaria interromper o atendimento que estava realizando para dar suporte à equipe, pois naquele dia era ela a psicóloga de referência no plantão. Desceu correndo a rampa em direção a Unidade "2". Ao se aproximar do local onde estava Gustavo, logo encontrou um grupo de técnicos de enfermagem aguardando por ela. Todos conheciam o protocolo institucional; o combinado era ficarem na retaguarda para protegerem os colegas da equipe que inicialmente tentariam intervir da forma menos invasiva e agressiva possível. A partir de muitas reuniões nas quais discutiam os casos em equipe, numa lógica de clínica ampliada, os técnicos compreendiam que Gustavo reagia daquela forma, não por ser uma pessoa insolente, mas porque estava vivenciando um grande sofrimento. Pelo fato de terem se sensibilizado e terem conseguido desenvolver uma empatia para com este tipo de sofrimento, estavam aptos a esperar pacientemente pelas tentativas de manejo clínico que eram exercidas pelos colegas da psicologia.

Helena não acompanhava Gustavo em atendimentos individuais, porém conhecia um pouco sobre ele a partir das reuniões da equipe multidisciplinar e das discussões clínicas da equipe de psicologia.

Ela sabia que ele não costumava ser agressivo com as outras pessoas. Sabia que o horário de visitas havia sido encerrado há pouco tempo. Imaginou que a presença de seus colegas da enfermagem na unidade poderia ser considerada por ele naquele momento como muito ameaçadora. Nessas circunstâncias, optou por pedir-lhes que esperassem na parte de fora e que apenas um entrasse com ela de maneira tranquila e se dirigisse ao posto de enfermagem, juntando-se ao Carlos, enquanto ela se aproximava de Gustavo.

Antes de entrar na sala, Helena pensou em ir diretamente falar com Gustavo, porém teve uma intuição de que não deveria fazê-lo, para não assustá-lo mais do que já estava. Pensou rapidamente sobre qual seria a melhor forma de agir com Gustavo. Que atitude seria mais adequada para acalmá-lo e trazê-lo de volta à realidade? Ela parou um instante para

refletir sobre estas questões e, então, decidi agir de tal forma que demonstrasse a Gustavo que ela não estava ali para fazer nenhuma exigência. Sentou-se silenciosamente numa poltrona na sala de TV. Racionalmente, sabia dos riscos que estava correndo frente a agressividade do paciente; sabia, também, contava com a proximidade da presença dos colegas da equipe, caso necessitasse. Seguiu em frente até a sala de TV...

Neste momento, a atitude de Helena demonstrou privilegiar sua intuição em detrimento do que lhe pareceria mais razoável de um ponto de vista racional. Visualizou algumas possibilidades e acabou optando por seguir em direção a algo que lhe dava uma "sensação" de boa resolutividade. Qual era seu objetivo naquele momento? Buscava, acima de tudo, demonstrar empatia pelo sofrimento de Gustavo.

Sentou-se na sala de TV, e ali permaneceu, silenciosamente, por alguns minutos enquanto Gustavo andava rapidamente pela unidade, indo e voltando pelo corredor. Passados mais alguns minutos, ele lhe dirigiu a palavra sem, contudo, fazer contato visual:

– O que você faz aqui? Você veio me prender? Você faz parte dessa quadrilha?

– Não faço parte de nenhuma quadrilha, Gustavo. Carlos nos chamou pelo rádio, ele estava preocupado com você e pediu uma atenção maior para você por parte da equipe.

Helena optou por responder objetivamente ao questionamento de Gustavo, da forma mais verdadeira possível, sem deixar de demonstrar também consideração por ele.

As outras pessoas internadas na mesma unidade, se afastaram ficando em seus quartos ou permaneceram no pátio externo. Seus colegas da enfermagem acompanhavam pacientemente a delicada situação para que pudessem auxiliar rapidamente, caso fosse necessário, mas torciam para que o trabalho deles não fosse utilizado, apostando na sutil e delicada intervenção da colega.

– Gustavo, eu me chamo Helena, você já me viu aqui outras vezes. Eu não quero agredir você ou exigir nada. Mas, estou preocupada, pois estou vendo você inquieto e com raiva e isso demonstra que você não está bem; está sofrendo com alguma coisa muito difícil, mas eu não sei o que é.

E ela continuou:

– Sabe Gustavo, imagino que algo grave deve ter acontecido para você ficar assim. Talvez você não queira compartilhar comigo, e eu respeito sua decisão. Mas quero que você saiba que eu estou aqui para tentar entender o que está acontecendo. Carlos me falou que você recebeu uma visita da sua mãe e que logo depois você começou a ficar inquieto.

O rapaz, com muita dificuldade, tenta falar, chorando. Diz que estava sendo perseguido pela polícia federal. Ele passa a contar a Helena sobre seus pensamentos delirantes nos quais aparece um enredo policial, detalhado, em que ele se sente culpado e com muito medo de ser apanhado pela polícia. Contou que estava sendo perseguido e estava extremamente angustiado por estar ali, preso no hospital, pois a qualquer momento poderiam prendê-lo e levá-lo de lá e que ninguém o estava compreendendo. Carlos dissera a Helena que Gustavo havia recebido a visita da mãe naquele dia. Sabendo que as visitas dessa senhora eram sempre muito conturbadas para o filho, ele havia decidido ficar por perto e notou que a mãe ao ver Gustavo recuou, ficou mais enrijecida e que o filho ao vê-la assim também não foi ao seu encontro. Para surpresa de Carlos, a mãe de Gustavo soltou a seguinte frase "Uai meu filho, você não me ama mais não? Não vem dar um abraço na sua mãe?". Gustavo diante dessa situação, ficou extremamente inquieto, numa postura ambígua. Ele havia captado a reação de retraimento da mãe ao

vê-lo e não se aproximou dela, respeitando seu recuo. Mas quando ela o responsabilizou e chamou sua atenção como sendo um filho ingrato, Gustavo ficou confuso e sem saber como agir. O enredo pretende demonstrar que ele, provavelmente, começou a se sentir culpado, mas sem condições de compreender o que se passava. Havia percebido o recuo e a retração da mãe, porém de uma forma subseptiva (percepção vaga de uma vivência sem representação consciente) não de forma a conseguir nomear ou reagir a isto. O que fora comunicado pelas atitudes da mãe, apontava para uma indisponibilidade afetiva por parte dela, porém ao invés de reconhecer essa própria dificuldade, preferiu culpar o filho por não se aproximar dela. Diante da experiência de ambiguidade entre o que ele experienciava e o que a mãe expressava em tom imperativo, seu nível de ansiedade e angústia aumentaram consideravelmente, contribuindo para que construções delirantes começassem a invadir seus pensamentos.

A postura tranquila e acolhedora de Helena demonstrava a todo o momento consideração, tanto respeito pela percepção de Gustavo, quanto valor pela pessoa dele. Parece que tais atitudes criaram um ambiente que lhe permitiu sentir-se valorizado o suficiente para entrar em contato com a própria dor. Naquele momento, Gustavo não encontrava formas para expressá-la e integrá-la, caindo assim, no campo das expressões que não podem ser compartilhadas socialmente, como delírios e alucinações, e que não seriam compreensíveis às outras pessoas, não pelos conteúdos em si, mas pela forma como se manifestam - experiências que estão na base da organização das construções delirantes e alucinatórias. Gustavo, por meio de atos agressivos parecia comunicar extrema angústia e desespero por vivenciar uma série de elementos incompreensíveis e não ter encontrado uma outra pessoa que estivesse realmente disponível a ajudá-lo a desvendar os mistérios de sua própria experiência. Ao relacionar-se com Helena, conseguiu entrar em contato com sua dor e suas lágrimas puderam, enfim, correr livremente; seu choro demonstrava que ele, finalmente, estava encontrando uma via satisfatória para expressar o que estava sentindo, por meio de palavras e não em atos.

### **Uma compreensão da Crise Psicótica a partir da Abordagem Centrada na Pessoa**

O professor universitário e médico psiquiatra David Oberreiter (2018, 2020), chefe do Instituto de Psicoterapia do Hospital Universitário Kepler (Linz, Austria), tem desenvolvido prática clínica e pesquisas a partir da perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa. Este autor, refere-se ao caráter compensatório das experiências psicóticas, como um esforço criativo da psique para não perceber plenamente a solidão, já que uma experiência relacional positiva implica em se ter uma companhia humana que compreenda a pessoa em seu nível mais íntimo. Nesse sentido, o psicótico é compreendido acima de tudo como uma pessoa profundamente solitária, que não suporta a consciência de não ter significado real para ninguém que lhe seja significativo e, assim, acaba buscando pelo vínculo mesmo que de maneira negativa, hostil, ilusória (Oberreiter, 2018). Uma construção que não deve ser contestada, pois é só uma aparência vazia que funciona como uma frágil estrutura que o mantém suspenso para que não caia no abismo da despersonalização.

Cabe ao profissional perceber a vivência insuportável que provoca (compensatoriamente) essa construção e responder a esse sofrimento que apresenta suas raízes no pavor da despersonalização.

Rogers (1977) enfatizou que quando não há um relacionamento em que possamos comunicar e sermos reconhecidos nos dois aspectos do “nosso eu dividido - nossa fachada consciente e nosso nível mais profundo de experiência - então sentimos a solidão de não estarmos em contato real com nenhum outro ser humano” (p.92). Ele afirmou que quando a empatia é “adequada e profunda, pode desbloquear um fluxo de vivências, permitindo que siga seu curso natural” (p.83). Num outro trecho do mesmo texto, refere-se a Carl Jung como tendo defendido que o esquizofrênico deixaria “de ser esquizofrênico quando encontrasse alguém por quem se sentisse compreendido. Nossa prática comprova empiricamente essa afirmação” (Rogers 1977, p. 80). A percepção de ser compreendido no nível mais profundo da experiência, num encontro dialógico, não é uma mera intervenção, mas uma possibilidade real e concreta de retirar a pessoa da solidão e do anonimato. Só um profissional dotado de autenticidade, isto é, que conhece seu próprio mundo interior e está consciente do seu próprio valor pessoal, tem força para não se defender – através do distanciamento pelo tratamento exclusivo do sintoma – ao se deparar com seus próprios abismos refletidos nos olhos daquela pessoa que se encontra num processo de despersonalização.

Como se posicionar autenticamente diante de pessoas em crise psicótica? Os sintomas positivos como alucinações ou delírios podem expressar um desejo profundo de contato ou de uma comunicação que naquele momento pode estar sendo impossível e por isso essa expressão se dá de forma peculiar. A presença terapêutica nesse contexto estaria direcionada para captar as experiências subjetivas por trás das manifestações alucinatórias ou delirantes, expressas de maneira singular pela pessoa em crise. Oberreiter (2018) defende que o terapeuta deve permanecer firme em relação a seus próprios pontos de vista, porém se questionado pelo paciente, deve comunicá-los de maneira aberta e clara, sustentando uma posição de respeito em relação a realidade da outra pessoa. Nesse contexto, é importante que o cliente perceba que o psicoterapeuta pode respeitar vários pontos de vista que ocorrem simultaneamente e que isso pode, inclusive, favorecer um senso comunitário de convívio com a diferença (Oberreiter, 2018). O sentido dessa atitude localiza-se na capacidade do terapeuta permanecer autêntico sem efetivamente julgar o ponto de vista da pessoa em sofrimento. E que uma comunicação aberta, gentil, permeada de consideração positiva incondicional, pode transmitir segurança e também que pode ser experienciada como presença genuína o que vai contribuir para uma redução de fantasias e desconfiança. Outro elemento importante a ser considerado é a confiança do terapeuta na tendência formativa, pois é preciso que ele seja uma presença que facilite a pessoa a perceber que é provida de recursos para poder lidar com suas dores. Motivo pelo qual atitudes tutelares e de extremo acolhimento podem ser

compreendidas como não reconhecimento de recursos internos do cliente e sejam favorecedoras de dependência emocional. Diante disso, é possível perceber que o cuidado terapêutico se sustenta numa tensão de forças que, tanto demonstra uma presença e apoio através da empatia e consideração positiva incondicional, quanto aposta na capacidade do cliente em superar suas dificuldades através de uma postura autêntica. O cuidado terapêutico nessa perspectiva, é um tipo de tensão que só se faz possível quando o profissional se organiza na relação dialógica através do interesse genuíno em ser presença viva diante das necessidades de seu cliente que são transmitidas na relação através da escuta da estrutura de sua experiência vivida e não apenas da escuta das “aparências” de suas construções psicóticas. Oberreiter (2018) afirma que o sucesso na construção de um relacionamento terapêutico que seja valioso para o cliente, fará com que a vontade ilusória perca seu sentido e que vá paulatinamente se dissipando.

Até o momento, foi possível vislumbrar as atitudes facilitadoras propostas por Rogers como eixos fundantes de uma relação terapêutica que seja favorecedora de integração e desenvolvimento da personalidade. Há um outro elemento presente em nossa vinheta que seria oportuno analisar mais de perto, já que o tema aqui proposto é intervenção psicológica em crise psicótica. No momento em que Helena adentra a sala de TV, visualiza algumas possibilidades e acaba optando por seguir em direção a algo que lhe dava uma "sensação" de boa resolutividade, optando, assim, por privilegiar sua intuição em detrimento do que lhe pareceria mais razoável de um ponto de vista racional. A partir de uma observação superficial, esse recurso "intuitivo" poderia facilmente ser considerado como algo da ordem do senso comum. Mas, Helena optou por seguir suas próprias impressões sutis sobre a situação, algo a que Rogers (1986, p.208) também se refere:

O que eu desejo é estar ao lado dela, ocasionalmente dando um passo atrás, às vezes um passo à frente quando eu puder ver mais claramente o caminho que estamos seguindo, e dar um salto à frente apenas quando guiado pela minha intuição.

A intuição de Helena, pode ser associada à observação do seu próprio fluxo experiencial, conceito proposto por Eugene T. Gendlin, colaborador de Carl Rogers na pesquisa com pacientes extremos (Kypriotakis, 2018). Gendlin (1964) contribuiu para que Rogers (1977) reformulasse o conceito de vivência, possibilitando-lhe redefinir a compreensão sobre a atitude de empatia, já na última fase de sua obra. Para Gendlin (1964), de forma intermitente, em todo o organismo humano, existe um fluxo em relação ao qual a pessoa pode voltar-se utilizando-o como referência para descobrir significados psicológicos. O novo conceito de vivência proposto por Gendlin é denominado *experienciação* (*experiencing*), que “é o processo de sentimento, vivido corpórea e concretamente que constitui a matéria básica do fenômeno psicológico e de personalidade” (Gendlin, 1964, p.111). Messias e Cury (2006), em pesquisa que relacionou o impacto do conceito

de experiencição, proposto por Eugene Gendlin, nas formulações teóricas e na prática da Psicoterapia Centrada na Pessoa de Rogers, ressaltam a importância de que a resposta empática do terapeuta ao cliente seja dirigida à experiência subjetiva que ele (o cliente) “tem de um assunto e não ao assunto em si” (p.358). Estes autores explicitam a dimensão “sentida” que os seres humanos têm dos significados, num campo pré-conceitual. Gendlin (2006) conceituou o fluxo experiencial como um senso sentido (*felt-sense*), uma experiência sentida corporalmente que, ao ser assimilada na novidade que ela revela, possibilita que um novo significado emergja, trazendo consigo, inclusive, uma espécie de “alívio corporal”, sinal de que a significação foi congruente e revelou à pessoa a experiência que ela sentia anteriormente apenas no nível corporal.

Gendlin (2006) contribuiu com Rogers no processo de reformulação do conceito de empatia, enfatizando uma dimensão significativa da experiência que se manifesta no corpo. Ele afirmou que sabemos fisicamente sobre o que nos é significativo psicologicamente: "Seu corpo conhece inteiramente cada uma das situações em que você se encontre, conhece uma quantidade de aspectos delas extremamente maior do que você possa imaginar"(p.13). Para aquele autor, o corpo é "uma interação incrivelmente complexa com tudo o que existe ao redor" (p. 14). Diante dessas afirmações, é possível observar que Helena assumiu a intenção de recorrer à ressonância em seu próprio organismo sobre a vivência do cliente (ressonância do fluxo experiencial do cliente) que não conseguia comunicá-la verbalmente, mas, sim, através de outros tipos de reações corporais. Ela acabou acessando uma outra dimensão de conhecimento, que se mostrou, primeiramente, sob a forma de uma percepção, ainda desprovida de um significado explícito, porém que em momentos delicados como aqueles, pode ser extremamente importante e necessária, já que em muitos casos a pessoa em sofrimento não tem condições de verbalizar o que sente, ou sua verbalização acaba sendo extremamente distanciada e incongruente com a experiência sentida corporalmente. Essa passagem demonstra a importância de que o psicólogo que pretende trabalhar em contextos de saúde mental conheça bem sua própria subjetividade, de forma a ser capaz de, no momento oportuno, distanciar-se de questões pessoais e disponibilizar-se subjetivamente para acolher a ressonância experiencial daquele a quem pretende ajudar. Diante do que foi exposto, é fundamental que o psicólogo vivencie e incorpore as condições atitudinais definidas por Rogers para o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis, pois se ele também estiver sustentado por sua *vanitas*, certamente lançará mão de diversos recursos defensivos ao entrar em contato com aquele que está em sofrimento, por não saber lidar com seus próprios medos .

### **Conclusão**

Diante dos elementos abordados ao longo deste artigo, buscou-se evidenciar a contribuição da teoria e da prática da Abordagem Centrada na Pessoa para subsidiar intervenções psicológicas



de natureza clínica a pacientes que estão enfrentando uma crise psicótica aguda no contexto de instituições responsáveis pela atenção terciária em saúde mental. A estratégia de estabilização, descrita ao longo deste artigo, representa uma alternativa às formas tradicionais de contenção física e química e diz respeito ao desenvolvimento de uma relação terapêutica constituída por atitudes de aceitação positiva incondicional, autenticidade ou congruência e compreensão empática por parte do psicólogo. A disponibilidade do psicólogo em assumir uma postura pautada por essas atitudes, visando compreender a pessoa em sofrimento, é fundamental para que possa posicionar-se enquanto uma alteridade facilitadora que contribuirá para ajudá-la a reequilibrar-se. Buscar compreender empaticamente os elementos presentes na experiência imediata do cliente em sofrimento agudo, utilizando-se em muitos casos de impressões sutis, subceptivas que emergem, inclusive, de manifestações da dimensão corporal do cliente. A atitude de aceitação e compreensão empática neste tipo de relação intersubjetiva não se limita a refletir os sentimentos do cliente. Implica em "apreender" como aquela pessoa está sendo capaz de expressar sua experiência imediata, para poder "acompanhá-la" em sua vivência e constituir-se numa "presença ativa", apta a responder cuidadosamente a gravidade do momento. Uma presença que se sustenta num processo de auto questionamento sobre o necessário suporte (diante do desamparo) e a necessária suspensão (favorecedora de autonomia) num fluxo relacional que inclui uma preocupação genuína pela outra pessoa, legitimando seu sofrimento de forma a preservar-lhe a dignidade e o auto respeito.

Este trabalho parte de um pressuposto teórico em que o acontecer humano, mesmo o mais bizarro ou estranho, é sempre provido de sentido e pode ser compreendido empaticamente a partir da sua dimensão experiencial; porém numa situação em que a pessoa se encontra em sofrimento extremo, a simbolização da experiência vivida por ela se apresenta secundária a uma outra percepção mais importante, a de que ela está sendo realmente considerada e aceita por alguém. Assim, o psicólogo deve ser capaz de promover um encontro intersubjetivo com a pessoa em crise de forma a comunicar a ela respeito e um interesse genuíno em ajudá-la a lidar com o sofrimento. Esse é um dos elementos mais importantes no desenvolvimento de uma relação de ajuda psicológica com potencial para facilitar ao cliente sair da vivência de desespero, do abismo da despersonalização e da desrealização.

Concluindo, ao apropriar-se das diferentes dimensões presentes nas intervenções clínicas em instituições voltadas à saúde mental, os psicólogos confirmam a pertinência e importância de suas participações em equipes que se responsabilizam pelo enfrentamento ao sofrimento psicológico extremo buscando favorecer a retomada da autonomia e dignidade pessoal.

#### Contribuição

Guilherme Wykrota Tostes: apresentou os dados iniciais para o estudo, produziu as narrativas e interlocuções teóricas.

Vera Engler Cury: auxiliou no desenho do trabalho, participou da revisão das narrativas e da interlocução com as teorias.

## Referências

- Borgna, E. (2003). *Le intermitenze del cuore*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2019). Ha ancora senso la fenomenologia? Considerazioni di uno psichiatra. *Encyclopaideia*, 23(55), I-IV. <https://doi.org/10.6092/issn.1825-8670/10082>
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- Courcha, P. (2015) “She’s talking to me!” Training home carers to use Pre-Therapy contact reflections: an action research study, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(4), 285-299, <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1058291>
- Cury, V. E. (2019). A relação terapêutica e seus impactos: um estudo da psicoterapia com esquizofrênicos. In Tassinari & Nerys (Org.), *Diálogos Humanistas: encontros de três gerações*. Curitiba: CRV. <https://doi.org/10.24824/978854443180.1>
- Davidson, L. (2019). Recovering a Sense of self in schizophrenia. *Journal of Personality*, 88(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/jopy.12471>
- Erskine, R. (2015) Meeting Vincent: reconnections from behind the wall – Pre-Therapy in a psychiatric unit context, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(4), 300-309. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1073608>
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 102-148). New York: John Wiley & Sons.
- Gendlin, E. T. (2006). *Focalização: uma via de acesso à sabedoria corporal*. São Paulo: Gaia.
- Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Jason Aronson.
- Kypriotakis, N. (2018). Experiencing and the person-centred approach. In Bazzano, M. (Ed.). *Re-Visioning Person-Centred Therapy*. London: Routledge, <https://doi.org/10.4324/9781351186797>
- McGorry, P., Trethowan, J., & Rickwood, D. (2019). Creating headspace for integrated youth mental health care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 140–141. <https://doi.org/10.1002/wps.20619>
- McGorry, P. D., (2020). Lessons Learned and Future Directions for Early Intervention and Youth Mental Health Paradigms. In Uhlhaas, P. J., Carpenter, J. S., & Hickie, I. B. *Youth Mental Health: a Paradigm for Prevention and Early Intervention*. Cambridge Massachusetts: The MIT Press.

- Messias, J. C. C., & Cury, V. E. (2006). Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiência. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 19(3), 355-361. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300003>.
- Nelson, B., Lavoie, S., Li, E., Sass, L. A., Koren, D., McGorry, P. D., ... & Hartmann, J. A. (2020). The neurophenomenology of early psychosis: An integrative empirical study. *Consciousness and cognition*, 77(102845). <https://doi.org/10.1016/j.concog.2019.102845>
- Oberreiter, D. (2018) The therapy of delusion in regard to vanitas, sensus communis, and parapsychology. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 17(3), 224-240. <https://doi.org/10.1080/14779757.2018.1498379>
- Oberreiter, D. (2020): The therapy of ego boundary disorders focusing special attention on structural empathy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, <https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1748696>
- Prouty, G. (2003). Evolução teórica na terapia experiencial/centrada-na-pessoa: sua aplicação nas psicoses esquizofrênicas e de atraso mental. Lisboa: Encontro.
- Rogers, C. R., et al. (Eds.). (1967). The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics. U. Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1957-1994). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica de personalidade. *Abordagem centrada na pessoa*, 155-177.
- Rogers, C. R. (1986). Client-centered therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook* (pp. 197-208). Jossey-Bass Publishers.
- Rogers, C. R. (1977). Uma maneira negligenciada de ser: a maneira empática. In Rogers C. R. & Rosenberg R. L. *A Pessoa como Centro* (pp. 69-89). São Paulo: EPU.
- Reigota, M. (1999). Ecologistas. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Rojo, V. I. & Peral, D. D. (2009). Comunicación con personas en crisis psicóticas. In Torres, E. P. (coord.). *Psicología y emergencia: habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia* (pp. 457-482).
- Slaikou, K. (1988). Intervención en crisis: manual para practica e investigación. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Štěpánková, R. (2015). The experience with a person with autism. Phenomenological study of the experience with contact and contact reflections. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(4), 310-327. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1038396>
- Swan, K. L. & Schottelkorb, A. A. (2015) Contact work in child-centered play therapy: a case study, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(4), 268-284, <https://doi.org/10.1080/14779757.2014.976798>
- Van Werde, D. (2016). Pre-Therapy and working on contact. In C. Lago & D. Charura (Eds.), *Person-Centred Counselling and Psychotherapy Handbook: Origins, Developments and Current Applications* (pp. 179-187). England: McGraw-Hill Education, Open University Press.
- Wood, J. K. et al. (Orgs.). (1994). Abordagem centrada na pessoa. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida.