

Fenomenologia da relação familiar na vivência do transtorno bipolar

Phenomenology of family relationships in the experience of bipolar disorder

SANTOS, M.E.P. ¹

ANTÚNEZ, A.E.A. ²

PIMENTEL, A.S.G. ³

Universidade Federal do Pará/PA

R. Augusto Corrêa, 01 - Guamá, 66075-110, Belém, PA, Brasil

santosedileuza@hotmail.com

RESUMO: A pesquisa teve como objetivo compreender como se revela a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador. O método utilizado foi de natureza qualitativa. Foram entrevistadas duas pessoas adultas com o referido diagnóstico e suas mães, frequentadoras de um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Belém-PA. As entrevistas foram analisadas através da fenomenologia da vida desenvolvida por Michel Henry. Os resultados mostraram que as relações têm um papel primordial na eclosão das crises e que a partir do cuidado dos familiares e dos profissionais de saúde, as pacientes e suas mães tiveram a oportunidade de transformar suas relações através do mútuo envolvimento nos cuidados, na atenção e na compreensão das experiências vividas. Concluímos que se é nas relações que muitas dificuldades da ordem das depressões e comportamentos impulsivos acontecem, é nas relações que encontraremos a recuperação, transformação e possibilidades de equilíbrio diante de fatores inerentes e imprevisíveis da vida. As crises decorrentes do Transtorno Bipolar afetam também o familiar cuidador e sua família.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar. Relações. Fenomenologia da Vida.

Abstract: The research aimed to understand how the phenomenology of the relationship between the person diagnosed with bipolar disorder and his or her family caregiver is revealed. The method used was qualitative in nature. Two adult persons were interviewed with this diagnosis and their mothers, attending a Psychosocial Care Center in the city of Belém-PA. The interviews were analyzed through the phenomenology of life developed by Michel Henry. The results showed that relationships play a major role in the outbreak of crises and that from the care of family members and health professionals, patients and their mothers have had the opportunity to transform their relationships through mutual involvement in care, attention and in the understanding of lived experiences. We conclude that it is in the relationships that many difficulties of the order of depressions and impulsive behaviors happen, it is in the relationships that we will find the recovery, transformation and possibilities of balance in front of inherent and unpredictable factors of life. Bipolar Disorder crises also affect the family caregiver and his / her family.

¹ Secretária Executiva- no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Pará - Mestra em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

² Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo.

³ Professora Titular Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Pará - Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Key Words: Bipolar Disorder. Relations. Phenomenology of Life

Introdução

Esta escritura deriva de uma pesquisa empírica qualitativa, em que se estudou o fenômeno da relação entre a pessoa com transtorno bipolar e seu cuidador, baseada na fenomenologia da vida desenvolvida pelo filósofo francês Michel Henry, para quem o *sentimento/afetividade* é compreendido como fenômeno originário da vida. (Henry, 2010).

Como suporte teórico-metodológico foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados do índice da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e na Scientific Electronic Library Onlin (SciELO) utilizando os descritores: transtorno bipolar e fenomenologia, e transtorno bipolar e relacionamento familiar. O material selecionado foi composto de artigos científicos provenientes do período de 2005 a 2015. Foram descartados da seleção artigos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram a fenomenologia como método. No entanto não foram encontrados trabalhos que relacionassem os três descritores, o que evidenciou a importância da pesquisa.

Em nosso ponto de vista, a vivência da pessoa com transtorno bipolar implica abordar o universo da intersubjetividade, ou seja, o envolvimento do familiar responsável pelo cuidado, o que na pesquisa foram às mães. Portanto, a compreensão do fenômeno é relacional, pois há uma complementaridade entre a experiência subjetiva do sujeito que tem transtorno bipolar e a realidade concreta vivenciada pelo familiar. Deste modo investigamos a relação sujeito-sujeito, o que permite enfrentar uma perspectiva presente na atualidade da produção científica: há forte tendência em distanciar o sujeito de seu objeto de estudo, como coisas distintas e separadas entre si. Levar em conta essa complementaridade possibilitará novos aportes para possíveis intervenções clínicas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), colocando as relações e a qualidade das mesmas em destaque.

As definições de transtorno afetivo bipolar passaram por diversas modificações no decorrer da história, partindo dos quadros de melancolia e mania na antiguidade, chegando até ao espectro bipolar na atualidade (Lopes, 2012). Trata-se de um transtorno há muito tempo estudado, e ainda que, esses quadros descritos possam ser mais abrangentes, seus aspectos centrais remetem ao que

hoje conhecemos como transtorno bipolar do humor. O transtorno bipolar de humor ou transtorno afetivo bipolar afeta cerca de 4% da população mundial e representa uma das principais causas de incapacitação no trabalho.

Quanto as atuais políticas públicas brasileiras de saúde mental, a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, tornaram a família a principal responsável pelo cuidado do sujeito em sofrimento mental. Nestas modalidades de atendimento, os pacientes recebem o acompanhamento médico que necessitam em regime ambulatorial, e permanecem com suas famílias. Com a permanência dos pacientes em casa, passaram a fazer parte da rotina familiar: garantir as suas necessidades básicas; coordenar suas atividades diárias; administrar sua medicação; acompanhá-los aos serviços de saúde; lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise fornecendo-lhes suporte social; arcar com seus gastos; e superar as dificuldades destas tarefas e o impacto na vida social e profissional do familiar (Sant'Ana et al , 2011).

Ressalta-se que o campo da reforma psiquiátrica busca uma intensificação dos esforços no sentido de substituir o tratamento nos hospitais e busca a possibilidade de assistência na comunidade, implicando em um meio que possa identificar a realidade dos familiares e busca maneiras de ajudá-los. Existe hoje uma grande rede de serviços que substituem o modelo psiquiátrico tradicional que de maneira geral, se caracterizam pela utilização intensiva de um conjunto de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais para manter a pessoa na comunidade.

A pesquisa teve como objetivo geral compreender como se revela a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador, frequentadores de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da cidade de Belém-PA.

Familiar cuidador

Inicialmente ressalta-se que não há um modelo universal de família, cada pessoa possui sua forma de ser no mundo, logo é importante um olhar atento à subjetividade dos sujeitos, para uma atenção personalizada dirigida à construção de um processo terapêutico que leve em consideração suas particularidades. Situada esta premissa, ponderamos que nossa preocupação é com o sofrimento vivenciado pelo cuidador e pelo receptor dos cuidados em saúde mental, em qualquer que seja a forma de família: nuclear, unifamiliar, homossexuais, etc.

Sobre o tratamento institucional, por muito tempo a família esteve relegada a se afastar dos seus membros com problemas mentais, o que mudou na década de 1980 no Brasil com o descrédito do argumento das autoridades médicas de que esse contato piorava a “sintomatologia” do paciente

(Moreno e Alencastre, 2003). A Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou princípios que versavam sobre “A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e melhoria da assistência à saúde mental”, o que se refletiu sobre as visitas e as correspondências entre pacientes e familiares como benéficas a ambos (Moreno e Alencastre, 2003, p. 44).

Atualmente, os familiares têm sido chamados quando se trata de se pensar o projeto terapêutico para o “[...] portador de sofrimento psíquico bem como sua família, são atores privilegiados na luta por melhores condições de assistência psiquiátrica” (Moreno e Alencastre, 2003, p. 44).

Sant’Ana, Pereira, Borenstein e Silva (2011) refletem sobre o significado do “ser familiar cuidador” do paciente portador de transtorno mental. As análises dos autores identificaram quatro categorias temáticas relativas ao cuidador: a experiência do transtorno mental em família; o enfrentamento de dificuldades e limitações; a inter-relação em família e com “outros”; e a co-criação das possibilidades de transcendência.

Essas categorias indicam que “cuidar da pessoa portadora de transtorno mental impõe ao familiar, situações associadas aos sintomas da doença, com as quais nem sempre está preparado para lidar”. Inicialmente uma das primeiras reações diante do problema é “não aceitar, ou seja, negar ou esconder a doença perante os outros”, até que se possa compreendê-la melhor (Sant’Ana et al, 2011, p. 52-53).

Sobre a inter-relação em família e com “outros”, entende-se que há uma complexidade na qual se insere o familiar cuidador que passa a “[...] vivenciar situações que, muitas vezes, se refletem direta e indiretamente em sua subjetividade” (Sant’Ana et al, 2011, p. 55), não só determinadas por variantes do membro familiar doente, mas também a partir de situações conflituosas oriundas do próprio contexto familiar.

A co-criação das possibilidades de transcendência, afirma Sant’Ana et al (2011) implica no seguinte entendimento:

Para compreender o que é ser um cuidador de um portador de transtorno mental, é preciso transportar-se para o seu mundo, imaginar-se no lugar dele, não é suficiente para isso o embasamento teórico. É preciso atentar-se para o caminho da solicitude, num esforço de ser-com-o-outro, com disponibilidade para compreendê-lo em tal momento de sua existência. Para o familiar cuidador, a doença é um obstáculo a ser superado e a esperança de uma melhora está sempre presente, principalmente quando o seu entendimento da doença está firmado. (p. 56)

O “familiar cuidador” enquanto sujeito ativo, localizado no tempo e no espaço distinto e em constante aprendizado com o problema enfrentado, necessita de uma maior compreensão a respeito

da doença enquanto psicopatologia de saúde mental. Portanto com os serviços psicossociais, existe a aproximação das famílias, que exige muita flexibilidade e cuidado, devido à atenção à subjetividade de cada um, o que envolve a estratégia de conhecê-los de uma maneira mais abrangente, tentando assim, criar métodos de cuidado mais apropriados às suas necessidades.

Neste contexto, reforça Sant'Ana et al (2011): [...] é indispensável identificar a compreensão que as famílias têm a respeito da doença mental e as possíveis formas de cuidado à saúde, conhecer os significados e experiências destas famílias, e oferecer alternativas de cuidado à saúde e interação para lidar com a doença, com as dificuldades na aceitação e enfrentamento. Oportunizar, também, apoio à adaptação a um novo estilo de vida e à significativa mudança que pode ocorrer em toda a família acometida por algum transtorno mental. (pg. 51)

Essa interação social de troca de experiências, sentimentos e sofrimentos entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador é elemento importante no tratamento e precisa ser levado em consideração. É uma verdadeira dialética esse cuidar.

Para Stuart (2001) a “[...] família é, na maioria das vezes, o suporte de acolhimento do doente mental, além dos demais profissionais de saúde que atuam na rede de saúde mental”. Borba et al (2008) pontuam que o convívio entre os usuários de saúde mental e seus familiares nem sempre ocorre de modo harmonioso, sendo por vezes configurada como uma relação perpassada por sentimentos de ansiedade, preocupação, desespero e sofrimento, o que contribui para a presença de conflitos e tensões.

Nessa conjuntura, faz-se necessário que a família seja efetivamente inserida na assistência à saúde mental, bem como lhe sejam feitos esclarecimentos a respeito das mudanças comportamentais, o uso e efeitos colaterais de psicofármacos e a sintomatologia do transtorno em questão, a fim de capacitá-los para lidar de forma adequada ante as situações de crise.

Esta pesquisa procurou contribuir no sentido que focalizou as origens relacionais dos que sofrem com o transtorno bipolar e seus familiares, pois ambos estão envolvidos nessa situação. Cuidando das relações humanas consequentemente cuidaremos das relações sociais, políticas e comunitárias.

A fenomenologia da relação

Com vistas a escapar da irrealidade das produções ideais Michel Henry nos submerge na vida, “seja esta instintiva ou inconsciente, sobrenatural ou mística” (Henry, 2010, p.19). O filósofo francês dedicou-se a investigar o que é a vida. Para Michel Henry é a vida que determina a consciência, pois a sentimos originariamente.

Henry (2010, p.26) afirma: “ninguém jamais viu a vida e também não a verá jamais. A vida é uma dimensão de imanência radical. (...) A vida é invisível”. A vida para ele não é nem consciente, nem inconsciente, nem subconsciente e também não é suscetível de chegar a sê-lo. “A vida se sente, se experimenta a si mesma. Não é que seja algo que também dispõe da propriedade de sentir-se a si mesma, senão que é esta sua essência: a pura experiência de si, o fato de sentir-se a si mesma. A essência da vida reside na autoafecção. Dado que o conceito de autoafecção é o conceito da vida, requer ser pensado de maneira rigorosa” (Henry, 2010, p. 27). “A vida, em sua afecção primeira, não é de modo algum afetada por algo diferente dela. Ela mesma constitui o conteúdo que recebe e que a afeta” (Henry, 2010, p. 28).

Importante para este texto é o que descreve Michel Henry sobre a diferença radical de cada eu ou ego, ele afirma: “Um eu se diferencia do outro porque é originariamente ele mesmo e o é em sua autoafecção e por ela. É este ser-si mesmo na afetividade e por ela que coloca cada vida em relação consigo mesma e faz com que ela seja a vida, opondo-se ao mesmo tempo a qualquer outra no sofrimento absoluto de sua individualidade radical” (Henry, 2010, p. 29-30).

Para Michel Henry “nossos sentimentos não são nem mais nem menos contingentes que nossos pensamentos” (Henry, 2015, p. 461-462). É uma nova “filosofia da afetividade que, em lugar de explicar causalmente e segundo as leis de um mecanismo fisiológico ou psicológico o jogo de nossas emoções e de nossos diversos pensamentos, buscará pelo contrário seu sentido (Henry, 2015, p. 463).

Se para Henry (2015, p. 463) “a afetividade é o fundamento universal de todos os fenômenos e os determina a todos originária e essencialmente como afetivos” e “a afetividade é compreensiva somente porque o compreender é afetivo e na medida em que o é”, procuraremos compreender a fenomenalidade da relação entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador nesta perspectiva fenomenológica, procurando compreender como se revela essa relação, sua fenomenalidade tal como é manifestada nas entrevistas com um, com outro e na própria relação com a entrevistadora.

Para Michel Henry, *sentir-se afeto implica sentir-me nele envolvido ou (...) senti-lo corpopropriado* (Henry, 1987). Na afecção do ser humano somos afetados por diversos sentimentos, sejam positivos ou negativos para a sociedade. Ser afeto na vida sem poder tomar posição em relação a essa afecção que se toma como violenta significa que não temos controle daquilo que sentimos e somos afetados. A violência é um sentimento, logo uma afecção, para tanto, se estamos dentro de uma cultura de violência e barbárie, estamos desamparados e submergidos na violência.

Sentir-se afeto implica sentir-me nele envolvido ou, para usar um termo de Henry, senti-lo corpopropriado. Aqui, o sentimento de se ser afeto na vida transita da tonalidade afetiva da violência para fenomenalidade de outrem que me afeta, impossibilitando, nesse afeto, o desamparo e desvinculação de outrem. (Martins, 2015, p. 365)

Para Michel Henry "o outro" significa algo diferente do si mesmo, ou seja, algo desconhecido do si mesmo. Ao afetar-me, aquilo que é estranho me transcende e desse modo me constitui e se torna algo familiar.

Vinculando-me também ele originariamente a si, como a si me vincula a afeção de temor, de angústia, de ameaça! E se a verdade do sentimento é idêntica ao seu conteúdo. O conteúdo desse sentimento transporta em si, como vindo de algures, o outro como ameaça, angústia, temor, estranheza. Outrem está sempre implicado no sentimento; mesmo no sentimento de estranheza, outrem me é intimamente familiar. (Martins, 2015, p. 365)

As afecções são sentimentos que se expressam pelo revelar, pela presença de afeto revelasse outrem. Quando o autor demonstra a ideia de sofrimento da pessoa humana, acredita ser necessário que técnica e ética se fundem com o propósito de uma melhora ao ser humano. Assim, na fenomenologia da vida a relação com o outro passa pela corpoapropriação das afecções da vida em meu corpo vivo, portanto o outro é vivenciado em mim: "o outro dá-se como afeto" (Martins, 2017, p. 110). Só conhecemos nossas ações ou nosso agir pelo sentir, e é pelo sentir que conhecemos o outro. É esse sentir na relação que foi investigado nas entrevistas da dissertação para conhecermos "a fenomenalidade de *aquilo* em que vivemos" (Martins, 2017, p. 9), é assim que se desenvolve a fenomenologia da vida de Michel Henry e com ela procuraremos conhecer as relações entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador, como a dupla convive e vive em comunidade.

Metodologia

Esta pesquisa foi submetida junto ao Comitê de Ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará, e aprovada em 29 de junho de 2017, pelo registro nº 2.146.523. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semidirigida com perguntas disparadoras, que foram gravadas e posteriormente transcritas. O local da coleta de dados foi em um CAPS, que integra uma rede estadual de centros e faz parte da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará.

A questão deste trabalho se dirige à investigação de *como* se revela a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador. Participaram desta pesquisa quatro colaboradoras, sendo duas jovens adultas com diagnóstico de transtorno

bipolar estabelecido pelo médico psiquiátrico, e duas mães cuidadoras, ambas frequentadoras do CAPS.

Os critérios de inclusão foram: adultos, com histórico de transtorno bipolar, diagnosticado pelo médico psiquiatra, e frequentadores de um CAPS; familiar cuidador participante do CAPS; aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Como critérios de exclusão: menor de dezoito anos e sem histórico de transtorno bipolar; familiar não cuidador; mudez, deficiência intelectual grave, doença neurológica grave, portador de outro transtorno psiquiátrico.

As questões norteadoras para a colaboradora diagnosticada foram: Você sabe qual o motivo que você frequenta o CAPS? Conte-me um pouco da sua história? Como você se sentiu quando soube do diagnóstico de transtorno bipolar? Como é para você vivenciar essa experiência hoje? Como você se percebe neste momento da sua vida? Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com seu familiar cuidador? Como é para você vivenciar esses aspectos? O meio externo influencia na sua doença? De que forma influencia? Como você se sente hoje com relação ao futuro? Ao familiar cuidador perguntou-se: Você sabe qual o motivo que seu familiar frequenta o CAPS? Conte-me um pouco da sua história? Como você se sentiu quando soube do diagnóstico de transtorno bipolar de seu familiar? Como é para você vivenciar essa experiência hoje? Como você se percebe neste momento da sua vida? Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com seu familiar com transtorno bipolar? Como é para você vivenciar esses aspectos? O meio externo influencia na doença de seu familiar? De que forma influencia? Como você se sente hoje com relação ao futuro?

Os procedimentos para a análise dos dados se deram da seguinte forma: as perguntas e respostas foram gravadas e transcritas na íntegra e em seguida analisadas à luz dos princípios da fenomenologia da vida de Michel Henry, que se refere a uma compreensão peculiar das relações humanas, do sofrimento e da vida, observados nos dados empíricos coletados.

As colaboradoras da pesquisa com diagnóstico de Transtorno Bipolar serão apresentadas por pseudônimos de modo a preservar suas identidades, servindo apenas para a ilustração das entrevistas e do texto.

Resultados e discussão

Perfil das participantes

Joana: Paraense, pedagoga, mestra em educação, 30 anos, divorciada, evangélica. Foi acolhida no CAPS em 2015, encaminhada pelo Hospital das Clínicas Gaspar Viana. Tem como

cuidadora sua mãe. A queixa principal foi: insônia, irritabilidade, tristeza, vontade de chorar, ideia suicida e tentativa de suicídio.

Vânia: Paraense, estudante de direito, 23 anos, solteira, católica, foi acolhida no CAPS em 2016 por demanda espontânea. Tem como cuidadora sua mãe. A queixa principal foi: ansiedade, insônia persistente, medo, alucinações auditivas, tristeza, angustia, choro fácil, delírios, ideias suicidas, mágoa persecutório.

Análise das narrativas da pesquisa

A entrevista com Joana mostrou que ela sempre teve consciência de ter uma depressão moderada, que “a vida tinha tudo para ficar tranquila” (sic), mas começou a ter insônia, comprar compulsivamente, parou os estudos e o trabalho, vindo a sentir desesperança na vida. Buscava “amparo” (sic) no diagnóstico e tratamento. No entanto, amparo só pode vir de uma pessoa, na relação, não de algo abstrato, racionalizado, um conceito diagnóstico. Após o casamento, os sintomas apareceram e seguiu-se uma separação. Joana mostra que a relação íntima entre eles não ia bem, ela pediu o divórcio, conheceu outro rapaz e vieram as tentativas de suicídio; nessa época Joana conta que tinha perdido a esperança na vida: “não sei mais se eu quero viver” (sic), dizia. Nos relacionamentos atuais mostra que necessita de um isolamento, restrições e precisa adquirir confiança nas relações. Os cuidados no CAPS e com seus pais fazem que ela se sinta melhor e traz uma esperança de reestruturar sua vida. As tentativas de suicídio modificaram algo em Joana, pois percebe que a família ficou abalada, ela expressa um novo acontecimento nas relações com a família: “mas aí uma situação inesperada assim, que foi os nossos vínculos, se fortaleceram muito” (sic). Hoje ela acorda com vontade de viver, trabalhar. Interessante o que Joana fala sobre o que desencadeou suas crises: “o lado afetivo, assim, amoroso, porque foi o que mais desencadeou a crise mesmo, ou então tem a ver aquela questão da autoestima, da segurança” (sic). Mas quando um homem estranho se aproxima dela, ainda teme a aproximação relacional. A vergonha diante da família e da sociedade foi citada por ela e admite cansa-se em mentir que está bem. Joana conta que os vínculos familiares melhoraram muito, se fortaleceram. Seu medo era perder a autonomia ao voltar a morar com os pais, mas não isso não ocorreu. A vontade de viver voltou, trabalhar e curtir a família a reinseriram na vida comunitária. Joana conquistou a possibilidade de refletir sobre sua vida. Ela reflete que precisa ter cautela, paciência e controlar suas impulsividades. Comenta que quando seu pai cuida de sua mãe, do medo dela, ele está cuidando dela (Joana). Sente que é mais

cuidada quando sua mãe é cuidada! O transtorno e o tratamento a ajudaram a melhorar as relações e a se sentir mais segura.

A entrevista com a mãe de Joana nos mostrou que ela não sabia o que tinha ocorrido após o casamento de sua filha, pois foram morar distante deles. Soube tempos depois que sua filha estava em depressão, problemas no casamento que culminaram em divórcio. A mãe conta que Joana quis viver uma vida de adolescente que não teve enquanto moravam com os pais, com autonomia e independência. Ao iniciar o tratamento no CAPS a mãe se tornou mais próxima e comenta: “precisava ela passar por tudo isso pra hoje a gente ser amiga?” (sic). A mãe traz dados que a filha não expressou, como o uso de bebidas alcólicas e remédios, bem como detalhes das tentativas de suicídio. Contou também que sempre protegeu sua filha e quando esta começou a trabalhar e casou, teve que lidar com os fatos da vida que ela desconhecia. A mãe é bastante religiosa. A passagem ao ato (tentativa de suicídio) mostra, tal como Michel Henry coloca, a impossibilidade de “desembaraçar-se do seu eu, romper o laço que o une consigo é aquilo de que o eu não é capaz” (Henry, 2014, p. 43), ou seja, na depressão ou no desespero de Joana e da mãe, a destruição de seu si mesmo é impossível, salvo na morte.

A entrevista com Vania nos mostrou que ela tinha consciência de seu estado emocional, ora agressiva, ora depressiva e ela pede ajuda à mãe. Quando recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar reconhece: “encaixava tudo com o que eu sentia” (sic). Apresenta o sentimento de vergonha (tal como Joana) quando ia ao psicólogo, dizia ir ao médico. Ela diz que “tinha medo de ser rejeitada pela sociedade” (sic). Admite não conseguir controlar a raiva. Reconhece que sua mãe é seu suporte e percebe a mãe como sendo alguém frágil (tal como Joana), que dizia que quando seu pai cuidava da sua mãe, ele cuidava dela indiretamente! Sente dificuldade em terminar qualquer relação com rapazes, diz que fica mal. Expressa vivências de instabilidade e distanciamento, bem como indica fragilidade e temor de desistir de seus sonhos, como por exemplo, ter uma profissão. Não consegue estudar, pois sofre interferências em seus pensamentos que prejudicam sua concentração. Ela deixa um conselho para qualquer pessoa que tenha tal transtorno: “não desista que tem solução, pode não ter cura, mas tem tratamento, não desista que a vida continua” (sic). Mostra que a vida não se paralisa dado o transtorno, tal como Michel Henry desenvolve na incessante passagem das tonalidades afetivas do sofrer ao fruir, nessa passagem se origina a possibilidade de ter uma ação, na qual se constrói a própria vida.

A entrevista com a mãe de Vania mostrou-nos que achava que sua filha tinha indisposição ou preguiça, demorou um tempo para perceber a gravidade de seu quadro. Isso fez que recuperasse

a memória, ao lembrar que a filha entrou em depressão quando ela se separou do pai dela, a menina foi ficando triste, sentia falta dele. Separação presente em Joana também. Lembra que por volta dos 12 anos ouviu sua filha dizendo “meu pai, porque tu fizeste isso comigo e agora a minha mãe me trouxe para cá, pra me tirar longe de ti” (sic). Seus filhos não queriam ir, ela os levou para morar um tempo distante do pai, que foi morar com outra pessoa.

A mãe conta que sempre teve dificuldade de dizer não para sua filha, dar-lhe limite, e ao silenciar-se, a mãe se sentia desesperada. Quando a filha saía com amigas ela também se desesperava, achando que poderiam ocorrer as maldades que ela pensava poderem acontecer. Apresentou muita dificuldade em tolerar a precariedade e vulnerabilidade da vida. A mãe percebe que a filha se contrapõe à ela, que há uma dissonância entre elas. Ela diz para filha que ninguém tem culpa sobre seu problema de saúde e fala da solidão que ela sente, seu filho e sua filha, mesmo estando juntos. Conta que alerta a filha e os amigos dela do perigo dela ingerir álcool. A mãe não consegue controlar as ações da filha e nem o desespero que ela mesma sente.

No início achava que o que a filha tinha não era humano, era sobrenatural e se apegava ainda mais à religião. A filha lhe dizia “tu não tá dentro de mim!” (sic) para saber o que ela sentia. O modo de ela educar era ameaçar: “se tu não fores à igreja, tu não vai pros teus passeios” (sic). A mãe conta que o único socorro humano da filha é o pai, além do divino. Para esta mãe a única cura possível está no plano religioso, teme não controlar as crises da filha e o seu próprio desespero.

A mãe falou bastante na entrevista, de modo bastante ansiosa e após um tempo admite: “acho que esse meu desespero tá causando isso em mim, que eu não tô sabendo me controlar” (sic), não consegue modalizar seus sentimentos ou controlar as modalizações afetivas em sua vida. Mas é nesse desespero que encontra uma esperança, mesmo que religiosa. Conta que ao ver a crise de Vania pela primeira vez, seu ex-marido (pai de Vania) também se desesperou. A família toda está envolvida nesse desespero e o que cada um sente lhe traz um conhecimento, fruto dos afetos que cada um sente em sua interioridade. A mãe conta que antes de uma crise Vania diz ter forte dor de cabeça. Ela sempre fala da finitude (morte) com os filhos, de modo que é um tema no horizonte de suas vidas. E tal como sua filha Vania, deixa um conselho no final da entrevista: “o remédio cura 50% mas os 50% que vai curar é a paciência e o amor de cada um de nós, sem amor não existe cura e o de Deus é o principal, a fé”.

Considerações finais

Pudemos observar nas entrevistas como ocorreu a fenomenalidade das relações entre as perguntas realizadas pela pesquisadora e as respostas das respondentes e como cada respondente vive sua vida relacional. As mães mostraram como seu ego/eu se diferencia do ego/eu de suas filhas porque o são originariamente ele mesmo, cada eu o é em sua auto afecção (Henry, 2002). De acordo com Michel Henry é este ser-si mesmo na própria afetividade que coloca cada vida pessoal em relação consigo mesma. De modo a fazer com que a afetividade de cada uma seja a vida própria em sua imanência radical, ou seja, única, opondo-se ao mesmo tempo a qualquer outra afetividade, no sofrimento absoluto de sua individualidade radical. Cada mãe, cada filha, apresenta um sofrimento único e peculiar, mesmo que proximamente relacionado ao sofrimento daqueles que amam.

As mães têm uma preocupação com o futuro das filhas, quando estas venham a ser mães e não terão mais a presença delas. A fenomenalidade das relações entre elas mostra esse cuidado das mães com suas filhas, seja em relação ao futuro como em relação ao contato com o mundo exterior atual, as pessoas, amigos, amigas, companheiros, trabalho e pessoas estranhas.

As filhas mostram dificuldades na proximidade de pessoas que possam invadir suas vidas, sentem depressões, reagem com intensidade, agressividade e desespero. Sentem-se vulneráveis. Entram em crises nas relações, mas é nas relações com as mães cuidadoras que encontram amparo, segurança, esperança, apoio, enfim, amor. Porém, Joana e Vânia sentem a fragilidade de suas mães.

A questão do transtorno bipolar em uma pessoa não se trata apenas da crise em um sujeito e de um sujeito. Trata-se de um transtorno que afeta o seio da família, as relações intrafamiliares e comunitárias. Trata-se de uma crise nas relações humanas e como se estabelecem, de modo que se a crise surge nas relações é nas relações que podem ser amparadas e transformadas para melhorar as mesmas relações.

Observamos como as imprevisíveis reações de depressão e agressividades de Joana e Vania marcaram suas vidas e a vida relacional com as outras pessoas; sentem vergonha do outro. Como afirma Henry (2014), a sensibilidade na tristeza ou depressão, na agitação ou na mania são modalidades afetivas movidas em um fundo comum, o fundo comum da afetividade. As entrevistadas são jovens sensíveis e elas puderam nos mostrar a seu modo, como se desvela sua sensibilidade e como elas aparecem como essenciais em suas relações com elas mesmas, com as mães e com as pessoas. Todas as suas relações, sejam com os pais, no trabalho, nos estudos, com estranhos, mostraram-nos como toda relação é afetiva e só pode produzir-se como tal (Henry, 2015). As ideias, pensamentos, razões são modalidades de como a vida se manifesta, em última análise, são manifestações e modalidades afetivas de como a vida se desvela nelas.

A cuidadosa compreensão das mães de Joana e Vania nos mostra como o compreender é afetivo, tal como afirmava Henry (2014). É uma determinação afetiva de cuidado, de amparo, de suporte, de apoio, de orientação e de exemplos para que suas filhas possam algum dia incorporar em si, *corpo apropriando-se* de modo mais equilibrado das manifestações impulsivas ou de desânimos em suas próprias vidas. De acordo com Martins (2017, p. 53): “O corpo não é apenas o lugar de minhas alegrias e dores, ele é o lugar de encontro com os outro”. Como esse compreender é um fenômeno afetivo, as mães e as filhas nos mostraram como é nas relações que podem encontrar o que elas chamam de “cura” e que nós traduzimos como “transformações”. Cada uma a seu modo vai *corpo apropriando-se* de suas vivências, nas relações com os cuidadores, a princípio a família, mas também os cuidadores do CAPS, como a assistente social, os médicos e psicólogos, bem como os companheiros, pais, irmãos e amigos. Mais do que uma disfunção biológica, importante e real, é o sentido que vão dando a suas vidas que permite novas possibilidades de viver, de desistir do suicídio, ou ao menos, questioná-lo, percebendo que há outras possibilidades de viver a própria vida.

A vida é por elas – mães e filhas - percebida mediante afecções, ou seja, quando elas são afetadas através das sensações, como ver e tocar, tristezas, depressões, vergonha, medos, desesperos, mas também alegrias, esperanças e amor. Para as filhas, seus afetos são por vezes incontroláveis ou impulsivos, mas em outros momentos conseguem refletir sobre suas ações e se percebem mais estáveis, controladas e dispostas a seguir outros caminhos possíveis, de modo a sentir seus afetos *corpoapropriados* em si mesmas. Michel Henry nos mostra como na afecção do ser humano ele pode ser afetado por diversos sentimentos, sejam positivos ou negativos para si ou para a sociedade. *Corpoapropriar-se* de seus afetos é poder tomar posição em relação a essa afecção violenta, de modo a perceberem que é possível ter controle daquilo que sentem e são afetadas. Seus sentimentos são vividos nas relações por vezes de modo violento para si e para os outros, e ficam desamparadas e submergidas na violência de seus afetos. Neste momento surgem os cuidadores, que se aproximam por meio das relações.

Vimos que para Joana e Vania "o outro", diferente delas, é vivido como algo desconhecido de si mesmo. Ao serem afetadas por aquilo que lhes é estranho, as constitui e se tornam algo familiar (Martins, 2015). Esse algo se torna familiar quando veiculado na relação de cuidado com alguém significativo, como a mãe ou a assistente social, o pai ou um amigo, que com afeto de carinho e amparo faz com que suas reações positivas ou negativas não sejam tão estranhas a elas e

aos outros. Mas, a confiança não aparece com todos e o preconceito que sentem ainda as mantém em dúvidas e inseguras.

Henry (1990), tal como nos mostrou Martins (2015), faz referências às doenças do corpo como doenças da alma ou do espírito, tal como referido pela mãe de Vania e também pela mãe de Joana e o filósofo francês afirma que fenomenologicamente todas as modalidades do sentir são atravessadas pelo sentimento de outro vindo de algum lugar.

Os sentimentos desvelados por Joana e Vania, tanto quanto de suas mães, pela revelação que trazem na relação com a pesquisadora, mostram que pela presença de afeto o outro também se revela. Não há um momento sequer que na linguagem das entrevistadas a questão relacional não aparecesse. Neste trabalho pudemos ver que a técnica dos profissionais e a ética nas relações se fundem com o propósito de uma melhora à vida de cada ser humano em foco, mostrando-nos o que se pode fazer.

Por fim, a fenomenologia da vida nos mostrou como a relação com o outro passa pela *corpoapropriação* das afecções da vida em meu corpo vivo. O outro é vivenciado em mim e de acordo com Martins (2017, p. 110): “o outro dá-se como afeto”, seja afeto de raiva ou medo, seja afeto de estabilidade e amor, seja na raiva onde a relação é afastada, ou na estabilidade e no amor, onde a relação é de proximidade e transformativa, pois corpoapropria o afeto em si, em sua carne vivente, mostrando que é possível ter esperanças e sair do desespero.

Joana e Vania nos fizeram conhecer como se desvela a fenomenalidade de suas relações, bem como a de suas mães e entre elas, conhecemos suas ações na Vida pelo sentir. Pelo sentir que as conhecemos, e uma conheceu mais a outra. A fenomenologia da vida permitiu-nos conhecer “*aquilo em que vivemos*” (Martins, 2017, p. 9) em nós.

Conforme os relatos das quatro entrevistadas, verificamos que a hipótese deste trabalho se confirmou, ou seja, o transtorno bipolar não afeta somente a pessoa que o tem, mas também seu familiar cuidador, assim como toda a família que vive em torno ao problema. As relações interpessoais entre os envolvidos se desvelam como importantes no início das crises e do transtorno, bem como nas possibilidades de transformações dos mesmos.

O transtorno bipolar não afetou somente Joana e Vania, mas afetou também as mães (cuidadoras) pelas preocupações presentes e futuras e pelo sofrimento que surge na relação com as suas filhas, bem como de alguns membros da família que apesar de não serem cuidadores, ficaram surpresos ou desesperados quando constataram como se manifestavam Joana e Vania diante das

crises que as afetavam a partir de dentro de si mesmas. Os pais assim reconheceram o quão difícil é para as mães estar próximas às filhas, bem mais do que eles.

Vemos que o sofrimento não necessariamente paralisa, não é a priori negativo, mas tem aspectos positivos e pode ser muito importante conhecê-lo, não apenas combatê-lo; e aproveitar o que há de positivo e útil no mesmo. Assim, é possível “*sofrer e fruir, o sofrimento e alegria na sua possibilidade, originária conjunta e indistintamente compõem e designam a fenomenalização da vida na sua própria fenomenalidade, a afetividade*” (Ferreira & Antúnez, 2013, p. 92-96).

Assim vimos que a fenomenalidade das relações de Joana e Vania e suas mães cuidadoras se revelou nas entrevistas e em suas falas foram afetadas por impossibilidades de relação de confiança, amizade e proximidade em determinados momentos da vida e após as crises e tratamento em ambiente psicossocial, foi possível, a partir das relações na área da saúde e principalmente no seio da família, transformar o sofrer que parecia paralisar em fruir.

Com a fenomenologia da vida de Michel Henry pudemos nos aproximar de outro modo aos dados coletados empiricamente, ou seja, contemplar como se revela a vida relacional de pessoas portadoras de transtorno bipolar e de seus familiares, compreendidas a partir de si mesmas, a partir da revelação ou manifestação do que sentem e do que pensam, via respostas às perguntas disparadoras na entrevista. “O corpo objetivo só no corpo subjectivo se sustenta” (Martins, 2002, p. 59). Por fim, procuramos conhecer a vida de nossos participantes da pesquisa, como pulsa a vida que as sustenta, de modo que “atender a esse pulsar da Vida é atender à nossa própria forma de ser, já que é na relação com ela que também nós somos relação, relação afetiva, relação com(t)igo” (Martins, 2002, p. 59).

Referências

- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM - IV (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (n.d). O Paciente com transtorno mental e a família. Recuperado em 23 de julho, 2016, de <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping==14199>.
- Borba, L.O, Schwartz, E. & Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta paulenferm*, 21(4), 588-94.
- Ferreira, M. V., & Antúnez, A. E. A. (2013). Intersubjetividade em Michel Henry: relação terapêutica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 92-96.
- Henry, M. (1963/2015). *La esencia de la manifestación*. (Trad. Miguel García-Baró; Mercedes Huarte). Ediciones Sígueme. Salamanca.
- Henry, M. (1987). *La barbarie*. Paris, France: Grasset
- Henry, M. (1990). *Phénoménologie Matérielle*. Paris, France: PUF

- Henry, M. (2002). Prefácio/Avant-Propos. In Martins, F. (2002). *Recuperar o Humanismo – Para uma Fenomenologia da Alteridade em Michel Henry*. Cascais: Principia. pp.7-9
- Henry, M. (2010). *Fenomenología de la vida*. 1.ed. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Henry, M. (2014). Sofrimento e vida. In Antúñez, A.E.A; Martins, F; Ferreira, M. (tradução de Karin Hellen Kepler Wondracek) *Fenomenologia da vida de Michel Henry – Interlocações entre filosofia e psicologia*. São Paulo: Editora Escuta, pp.33-44. (Originalmente publicado em 2003)
- Henry, M. (2015). *La esencia de la manifestación*. (Trad. Miguel García-Baró; Mercedes Huarte). Ediciones Sígueme. Salamanca. (Originalmente publicado em 1963)
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Dsm V. (2014). 5ª Ed. 2014
- Martins, F. (2002a). *Recuperar o Humanismo - Para uma fenomenologia da alteridade em Michel Henry*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas: Cascais.
- Martins, F. (2015). Afeição e filosofia primeira: relação entre fenomenologia e ciências. *Revista Psicologia USP*, volume 26, número 3, pp. 371-377
- Martins, F. (2017). *Estátuas de Anjos – para uma fenomenologia da vida e da clínica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Moreno Vânia; Alencastre, Márcia Bucchi. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. In: *RevEscEnferm, USP*; 37(2):43-50. Recuperado em 25 de setembro, 2015 de, < [http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid_arttext&pi=S0080-62342003000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid_arttext&pi=S0080-62342003000200006)>.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Editora Artes Medicas Sul.
- Sant'Ana, Marília Mazzucoet al. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.20, n.1, p. 50-58, Mar. Recuperado em 19 de setembro, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Stuart GW. (2001). Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado competente. In: Stuart GW; Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6. ed. Porto Alegre (RS): Artmed.