

# Algumas reflexões acerca da psicoterapia daseinsanalítica com pacientes psiquiátricos

*Reflections on Daseinsanalytical psychotherapy  
with Psychiatric patients*

*Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista\**

## Resumo

*O presente artigo tece considerações e propõe referências para balizar a prática do psicoterapeuta fundamentado na Daseinsanalyse (ou psicologia fenomenológico-existencial) com pacientes psiquiátricos. Tais reflexões brotam da prática como supervisor clínico, que manifesta as dificuldades de terapeutas neófitos da lida com pacientes sob tratamento psiquiátrico concomitante. Para isso, retoma a história da fenomenologia na psiquiatria, enfatizando o caso de paciente descrito por Minkowski. Diferenciam-se a psiquiatria, a psicopatologia e a psicoterapia. Embora as fronteiras destas disciplinas se cruzem, elas são essencialmente diferentes quanto ao objetivo. A psiquiatria é uma modalidade terapêutica (no sentido etimológico de *therapeia*), ao passo que a psicopatologia é ciência que fornece suporte para o psiquiatra. O objetivo da psicoterapia é sublinhado, a fim de esclarecer o modo e o sentido do estar junto do psicoterapeuta com o paciente: resgatar a liberdade humana para deixar serem os entes que solicitam manifestação na clareira de mundo que cada existência é. Dessa forma, o psicoterapeuta nunca atende um caso de psicopatologia, mas, sim, uma existência.*

**Palavras-chave:** *Daseinsanalyse; Psicoterapia; Psicopatologia; Fenomenologia Existencial*

## Abstract

*This article aims to reflect about Daseinsanalytical (or existential-phenomenological) based psychotherapeutic practice with psychiatric patients. These reflections have developed from my practice as a clinical*

---

\* Psicoterapeuta. Professor, supervisor clínico e líder de disciplinas ligas à psicologia fenomenológica na Universidade Paulista (UNIP). Doutor em Psicologia pela USP. Colaborador voluntário do LEFE-IPUSP. E-mail: paulo.e.evangelista@gmail.com

*supervisor, where the difficulties of burgeoning therapists dealing with patients in psychiatric treatment manifest themselves. In order to do so, this article reviews the history of phenomenology in psychiatry, focusing on the case of a patient presented by Minkowski, differentiating psychiatry, psychopathology and psychotherapy. Although the boundaries of these scientific areas overlap, they are essentially different in terms of their objectives. Psychiatry is a form of therapy (in the etymological sense of *therapeia*), and psychopathology is a science that supports psychiatry. The article discusses the aim of psychotherapy. To be with a patient as a psychotherapist is to nurture existential freedom. The patient is not a psychopathological case. The patient is always an existential being.*

**Keywords:** *Daseinsanalysis; Psychotherapy; Psychopathology; Existentialism.*

## INTRODUÇÃO

Sou supervisor de psicoterapia<sup>1</sup> na abordagem fenomenológico-existencial num curso de Psicologia numa Instituição particular de ensino superior, onde acompanho os primeiros passos de estudantes de Psicologia nessa prática. Na clínica-escola recebemos muitos pacientes com queixas psiquiátricas. Alguns encontram na clínica o primeiro serviço de saúde mental e, frequentemente, fica patente a necessidade de acompanhamento psiquiátrico em função do grau de comprometimento. Outros procuram o serviço por indicação no atendimento psiquiátrico que já receberam; estão sob tratamento farmacológico e foi-lhes prescrito acompanhamento psicológico concomitante. Outros pacientes procuram os serviços da clínica porque já passaram por tratamentos psiquiátricos e psicológicos e temem estar recaído. Recebemos pacientes encaminhados por neurologistas e outras especialidades médicas que estão tratando patologias tradicionalmente do campo psiquiátrico. E outros pacientes que se sentem estranhos, pesquisam na internet e se “diagnosticam”.

Tais pacientes trazem para o psicoterapeuta a questão dos limites de seu campo de ação. Muitos alunos confrontam essa situação com noções comuns de que a ‘doença mental’ é resultado de algum distúrbio orgânico

---

1 Embora no contexto teórico fenomenológico-existencial o prefixo ‘psico’ não faça sentido, pois (psico)terapeuta e paciente são existentes (Dasein), recorro a ele para indicar a prática sem intervenção medicamentosa que ficou conhecida “cura pela fala”.

e que, portanto, só pode ser tratada farmacologicamente. Nesse contexto, a psicoterapia figuraria como um tratamento auxiliar voltado para a aderência ao tratamento psiquiátrico. Outros pensam que, em razão da evolução da farmacologia, a psicoterapia tornou-se um processo eficaz somente para questões situacionais, como problemas de relacionamento, no trabalho, etc., pressupondo como campo de ação do psicoterapeuta o que na primeira metade do século XX era o do Aconselhamento Psicológico: o ajustamento. (Schmidt, 2009)

Quando recebemos pacientes psiquiátricos para atendimento psicoterápico, a questão que se abre é: o que caracteriza a psicoterapia nessa situação? No estágio que supervisiono, o referencial ‘teórico’ adotado é a Daseinsanalyse, de Medard Boss, fundamentado na analítica existencial de Martin Heidegger, o que exige um posicionamento específico do estagiário-terapeuta e do supervisor delineado por Dutra (2013, p.208) como “disponibilidade de lançar-se no desconhecido, na experiência originária de ser-com-o-outro, ou seja, lançar-se ao nada, ao não-saber.”

É sabido que a fenomenologia existencial propõe uma interpretação dos fenômenos psicopatológicos alternativa à psicanálise e ao organicismo. Historicamente, a psicopatologia é a porta de entrada da fenomenologia-existencial no campo das ciências e práticas *psi*. Mas psicoterapia, psicopatologia e psiquiatria são diferentes e, se o psicoterapeuta não tiver clareza dessa diferença, pode perder-se no trato com o paciente. Para os psicólogos que realizam psicoterapia com pacientes psiquiátricos é fundamental ter clareza do sentido de sua prática. É isso que me proponho a discutir agora, indicando alguns caminhos que me parecem correspondentes à especificidade da psicoterapia daseinsanalítica. Mas, para isso, é necessário delimitar os campos da psicopatologia, da psiquiatria e da psicoterapia à luz da fenomenologia existencial.

## Um pouco de história

A fenomenologia chega à psiquiatria já no começo do século e se desenvolve contemporaneamente à psicanálise. Husserl publica *Investigações Lógicas* em 1900. O método fenomenológico presente nessa obra é

usado por Jaspers já em 1912 para descrever fenômenos psicopatológicos. Sua *Psicopatologia Geral* é revolucionária por considerar a experiência do paciente psiquiátrico o fenômeno a ser investigado, opondo-se às psiquiatrias organicista e psicanalítica que floresciam na época e cujas explicações abstraem os fenômenos em busca de causas hipotetizadas. Em seu entendimento, a psicopatologia é capaz de revelar a experiência humana em geral. Mas o sentido principal dessa obra é fundar a Psicopatologia como ciência autônoma. Segundo Jaspers (1912/1987),

O *objeto* da psicopatologia é o acontecer psíquico realmente consciente. Queremos saber o que os homens vivenciam e como o fazem. Pretendemos conhecer a envergadura das realidades psíquicas. E não queremos investigar apenas as vivências humanas em si mas também as condições e causas de que dependem os nexos em que se estruturam, as relações em que se encontram e os modos em que, de alguma maneira, se exteriorizam objetivamente. (p. 13)

Como ciência descritiva, a Psicopatologia serve de apoio para o psiquiatra, que é quem efetivamente lida com o sofrimento humano interpretado como ‘doença mental’. Jaspers (1912/1987) diferencia, assim, a ciência psicopatologia da arte psiquiatria. O psiquiatra lança mão das descrições feitas pelo psicopatologista para identificar e planejar a melhor intervenção.<sup>2</sup>

O modelo psicopatológico iniciado por Jaspers é conhecido como compreensivo ou fenomenológico. Contrapõe-se a ele o modelo instituído pelos manuais diagnósticos – DSM e CID – chamado de modelo operativo ou criteriológico. Tanto um quanto outro servem para que o psiquiatra diagnostique o quadro do cliente e planeje a intervenção mais adequada. Enquanto o modelo fenomenológico é mais abrangente, o psiquiatra reúne os sintomas apresentados pelo paciente e compara-os com as síndromes descritas no manual a fim de planejar a intervenção mais eficaz (Neto, 2016).

Uma década após a publicação do *Psicopatologia Geral*, de Jaspers, Minkowski publica um estudo de caso sobre um paciente esquizofrênico, que será mais detidamente descrito a seguir. O autor, recorrendo sobretudo

---

<sup>2</sup> Um artigo recente de Neto (2016) mostra que o método operativo e o fenomenológico podem chegar a resultados diferentes, implicando intervenções terapêuticas distintas.

aos estudos da vivência do tempo de Bergson, apresenta a distorção temporal vivenciada pelo paciente como sendo a depressão, e não como sintoma da entidade nosográfica depressão, como se interpretava na época. Isto é, não é porque o paciente está deprimido que o tempo fica represado; a depressão é o represamento do tempo. (Minkowski, 1959)

Assim como Jaspers, o objetivo de Minkowski é descritivo. A Psicopatologia descreve experiências humanas, não estando comprometida com a alteração das mesmas. Em sua obra, a Psicopatologia figura como uma parte de um projeto maior, que é formular uma antropologia. (Spiegelberg, 1972)

Com a publicação de *Ser e tempo*, de Heidegger, em 1927, a psicopatologia avança mais um passo ao dispor de uma descrição da existência haurida fenomenologicamente. Binswanger é o primeiro a lançar mão dos conceitos de ser-no-mundo e ser-com-os-outros na psicopatologia, sendo seguido por Medard Boss. Este psiquiatra suíço conta com a colaboração de Martin Heidegger para iniciar uma patologia geral daseinsanalítica, na qual os quadros psiquiátricos figuram como um modo de adoecimento. Também Binswanger e Boss publicam trabalhos descritivos de modos de ser psicopatológicos.

Binswanger tem estudos de caso famosos, como o de Ellen West, Ilse, Lola Voss e Jürg Züng, nos quais mostra o modo de ser-no-mundo dessas pessoas à luz da analítica existenciária de Heidegger. Quanto ao tratamento, porém, Binswanger lança mão de opções variadas, da incipiente farmacologia à psicanálise, revelando desconfiança em relação às possibilidades de intervenção nesses quadros. Já Boss tem estudos de caso de pacientes com perversões sexuais, esquizofrênicos e neuróticos, nos quais descreve a especificidade psicopatológica, mas seu foco de interesse sempre recai no processo analítico. Este é o 'objeto temático' da psicoterapia.

Na daseinsanalyse de Medard Boss não se pode falar claramente de uma Psicopatologia, pois não há transtornos 'mentais', já que todos os modos de adoecer são existenciais. Nesta ciência, todos os modos de adoecer são restrições na liberdade para responder ao que se manifesta na clareira de mundo. Boss chega a essa compreensão à luz do entendimento de que ser saudável é "a liberdade e a abertura em direção aos outros seres humanos e em direção a todos os outros seres encontrados." (1994, p.223) Assim,

uma perna quebrada é uma restrição de realizar possibilidades existenciais, assim como a sensação constante de estar sendo vigiado e perseguido. Essas limitações diferenciam-se de acordo com as possibilidades existenciais específicas em cada situação, devendo ser interpretadas biograficamente. Na patologia geral de Boss, são do espectro da psicoterapia as restrições que mais pronunciadamente se manifestam nos existenciários da espacialidade, do estado-de-ânimo e da abertura.

Esta história é fascinante, assim como a compreensão do adoecimento ‘mental’ que a psicopatologia fenomenológico-existencial oferece. Mas esse fascínio pode ser uma armadilha para o psicoterapeuta, que muito facilmente pode afastar-se de seu âmbito de ação. O que interessa ao psicoterapeuta não é psicopatologia e, sim, a relação terapêutica.

## O sentido da Psicopatologia

Quando um psicoterapeuta recebe um paciente com queixa psiquiátrica, precisa conhecer a diferença entre Psicopatologia e Psicoterapia. O termo Psicopatologia comporta dois significados possíveis. Ele se refere a uma disciplina (um ramo das ciências) e a uma categorização do sofrimento psicológico de alguém. Ou seja, a Psicopatologia é um sistema geral descritivo e classificatório das patologias do ‘psiquismo’ e o diagnóstico de uma pessoa existente, singular, concreta.

Já a psiquiatria é a disciplina médica que realiza a cura. *Iatrikós*, do grego, é curador. É quem realiza a *therapeia* (do grego: curar, clinicar). Assim, a psiquiatria é uma modalidade de terapia. O psiquiatra, segundo Jaspers, precisa se apoiar numa ciência dos transtornos mentais a fim de definir o tratamento mais adequado para cada tipo de patologia. É essa a linha de raciocínio que determina que em um manual de psiquiatria depois da descrição das síndromes sejam indicados os tratamentos mais eficientes. A psiquiatria depende do diagnóstico bem realizado, pois seu modo de pensar é causal: conhecida a força que age para causar este sofrimento, pode-se aplicar uma força contrária ou em outra direção para produzir outros efeitos.

O objetivo da psicopatologia é, portanto, subsidiar um entendimento científico para o modo de ser específico de uma pessoa concreta. Isso implica inserir o sofrimento de alguém no contexto referencial exterior à sua experiência, que é o modelo familiar ao médico e ao cientista. Ou seja, o médico psiquiatra é “um artesão que refere suas observações, suas experiências, ao saber gerado pela medicina, ao longo de sua história e da história da humanidade.” (Sonenreich & Estevão, 2007, p.50)

Embora haja psiquiatras incentivando o resgate do diagnóstico compreensivo (como os citados neste artigo), o modelo operacional é o mais disseminado desde a publicação do DSM-III, em 1980, por supostamente assegurar maior objetividade dos resultados, padronização de entrevistas clínicas e comparativos estatísticos.

Atualmente, a psiquiatria tem realizado o movimento inverso de confirmar um diagnóstico após a constatação de eficácia de um tratamento. Este modo de proceder é por tentativa e erro; administra-se um fármaco e, se os sintomas forem atingidos, determina-se a patologia. Isso que, do ponto de vista pragmático não pareceria um problema, do ponto de vista científico é, pois é o mesmo que delimitar a Psicopatologia pela psicofarmacologia. Isto é motivo de grande preocupação por psiquiatras psicopatologistas fenomenológicos, como Messas (2008), pois torna o profissional mero administrador de fármacos e estes, os protagonistas. O lugar do médico é suplantado pela psicofarmacologia.

De qualquer forma, no campo da psiquiatria o sentido do estar com o paciente é aliviar – se possível, eliminar – o sofrimento da maneira mais eficiente possível, pois o paciente e as pessoas a seu redor sofrem. Um modo de proceder é reunir os sintomas manifestos e, confrontando com as síndromes descritas no DSM-V, por exemplo, determinar a hipótese diagnóstica e iniciar o tratamento. Para reunir os sintomas, o psicopatologista conta com observação, entrevistas e anamnese. Assim, investiga o surgimento e o desenvolvimento da psicopatologia e esforça-se para causar um retorno à situação anterior.

O sentido da psicoterapia e seu modo de proceder são outros, pois não se busca retornar à condição anterior ao episódio psicopatológico. Pelo contrário, o objetivo é abarcar o atualmente vivenciado numa trama histórica biográfica de sentido.

Para não me distanciar de fenômenos, recorro ao caso clínico apresentado por Minkowski em 1922. O psiquiatra-psicopatologista acompanhou por dois meses, ininterruptamente, um homem de 66 anos, que, com ele, compartilhou seu sofrimento. Estrangeiro, repreendia-se por não ter buscado cidadania francesa, o que se revelava, na época da internação, para ele um crime terrível. Como castigo, sua família teria os membros cortados e expostos ao público. Ele também seria esquartejado e teria uma enorme quantidade de coisas colocada na sua barriga. Tudo o que ele via seria enfiado nela, de modo que o mundo se apresentava a ele como um conjunto de partes ameaçadoras, o significado dos objetos sendo sempre o mesmo: instrumentos de tortura, decomponíveis em partes *ad infinitum*. Todas as sobras de tudo seriam enfiadas na sua barriga.<sup>1</sup> O relógio era visto como conjunto de pêndulo, corrente, engrenagens etc.; cigarros, cinzas, bitucas; árvores, galhos, folhas, tudo isso seria enfiado na sua barriga como castigo. É o que ele chamava de “política dos restos”, criada especialmente para ele, e da qual todos as outras pessoas eram participantes. A cada tema que ouvia, começava a listar os objetos ou variações daquele tema que seriam enfiados na sua barriga. (Minkowski, 1959)

Entendia que todas as pessoas à sua volta participavam do complô para a realização desse castigo. Os outros tornaram-se todos um mesmo Outro, indiferenciados, que lhe causariam sofrimento. Já a percepção que tinha do médico oscilava; ora era visto como alguém que queria seu bem, ora, parte dos carrascos. Como que para se reaproximar de Minkowski, agia com pena de si mesmo, listando seus sofrimentos. O psiquiatra identificava esses momentos como uma “atitude de contato”. Em outros momentos, mantinha sua distância, não compreendia por quais motivos o médico participava do complô para o punir. (Minkowski, 1959)

A especificidade de seu sofrimento é ressaltada por Minkowski: “eles” virão o buscar para castigá-lo “hoje à noite”. Nos primeiros dias de internação, o psiquiatra se dispunha a permanecer em vigília durante

a noite para provar que o paciente estava errado, seguindo o método de convencimento usado pela psiquiatria do começo do século XX. Mas logo percebeu que a experiência do paciente era diferente da sua. O psiquiatra podia ser convencido pelo encadeamento de fatos e explicações, mas este paciente, não. (Minkowski, 1959)

Como psicopatologista, Minkowski buscou conhecer a essência do sofrimento do paciente. Perguntou-se: “O que diferencia a experiência psicopatológica da minha experiência?” Sua resposta apontou para a experiência do tempo. Os dias do estrangeiro seguiam-se uns aos outros uniformes, monótonos. Dizia: “mais um dia se passou.” E as experiências de ontem e hoje não formavam expectativas em relação a amanhã.

A experiência temporal saudável é outra: é empírica, os fatos são costurados por fios de sentido, abstraem-se regularidades úteis para o futuro. Assim, o psiquiatra entendeu que se “eles” não vieram castigar o estrangeiro ontem e hoje, muito provavelmente não virão amanhã. Mas o fluxo temporal do paciente não acontecia assim. Isso levou Minkowski à descrição da depressão como modo temporal:

Não havia ação ou desejo que emanasse do presente em direção ao futuro, abrangendo os dias tediosos e iguais. O resultado disso é que cada dia mantém uma independência atípica, falhando em estar imersa na percepção de uma continuidade na vida; cada dia começa do zero, como uma ilha solitária no mar cinza do tempo que passa. (Minkowski, 1959, p. 133)

O futuro nesta patologia estava bloqueado pela certeza de um evento terrível e destrutivo. As pessoas saudáveis experimentam a temporalidade assim em momentos de desespero, por exemplo, mas a vida as leva para fora desse modo, abrindo novamente o futuro como possível. Este estrangeiro, não.

A pergunta feita por Minkowski é uma pergunta de psicopatologista, de cientista. Tem o objetivo de descrever uma essência, eliminando os aspectos acidentais, situacionais. Quer descrever a patologia que acomete este paciente. Não a explicita como algo que lhe advém de fora, pois é um modo da temporalidade existencial acontecer. Chega a uma essência da depressão: o represamento da temporalidade. Ao perguntar-se o que

diferencia a experiência do doente da sua, assume a sua como padrão de normalidade, de saúde. Cumpre, assim, o objetivo da ciência psicopatologia, que é descrever essências de modos restritos de existência. Esta descrição da essência temporal da depressão é útil para o diagnóstico de muitos outros casos clínicos.

Como a experiência temporal patológica permite uma visão mais clara da saudável, Minkowski cumpre seu objetivo maior, que é descrever a experiência humana em geral, preparando uma antropologia.

## O sentido da Psicoterapia

Já o psicoterapeuta fenomenológico-existencial traria outras questões para seus encontros com o estrangeiro. Sendo o profissional que se encontra com o paciente e busca através da relação com ele resgatar a liberdade atualmente indisponível, sua atitude não visa a realização de diagnóstico nem depende de um diagnóstico prévio. A pergunta que o anima está mais próxima de: “como é possível relacionar-me com este paciente a fim de que esta experiência inaugure novos modos de existir?”

O objetivo da psicoterapia é o resgate da liberdade humana para deixar serem os entes que solicitam manifestação na clareira de mundo que cada existência é. Deixá-los ser significa realizar as possibilidades de relação com coisas, outros e si mesmo de maneira livre e autônoma, realizando o próprio existir. Boss define a tarefa do daseinsanalista nessa relação como:

Temos que nos contentar em remover do caminho, aqui e ali, uma pedrinha, um obstáculo, para que aquilo que já está aqui, e que sempre formou a essência do paciente, possa sair, por si, ao aberto, de sua reserva até agora mantida. Com isso, a meta mais alta da psicoterapia é sempre a abertura dos nossos pacientes para a capacidade de amar e confiar, a qual permite superar toda a opressão da angústia e da culpa (Boss, 1977a, p. 43)

Tanto Boss quanto Binswanger enfatizam a relação médico-paciente como locus do tratamento. Ambos concordam que essa relação tem que ser de confiança e segurança, o que não se conquista fácil nem rapidamente. A

psicoterapia está na contramão da eficiência esperada na Era da Técnica, que objetiva a remissão dos sintomas e o regresso ao *status quo ante* no menor tempo possível (Pompéia & Sapienza, 2010).

O psiquiatra precisa ter clareza de seu lugar quando se propõe a ser terapeuta, pois, por meio de um tratamento medicamentoso, consegue contribuir para a recuperação da capacidade de se relacionar livremente com os entes que clamam iluminação na clareira de mundo. Mas, a eficiência da psiquiatria pode atropelar o tempo do desenvolvimento de uma relação segura e confiável. Ademais, para medicar, o psiquiatra depende de um diagnóstico anterior ou concomitante ao tratamento. Para o psicoterapeuta, o objetivo nunca é elaborar um diagnóstico e as perguntas e intervenções não se dirigem para tal. O sentido do estar-com do psicoterapeuta é propiciar essa relação, pois é nela e por ela que o aproximar-se da experiência atual e da história do paciente podem acontecer.

Isso significa que a psicoterapia não tem como tarefa curar o paciente, ainda mais quando, por cura, entende-se o restabelecimento da situação de vida anterior ao caracterizado como restrito. Aquilo que a psicopatologia pode entender como sintoma (um sinal/efeito de uma causa a ser descoberta: a patologia) é acolhido pelo psicoterapeuta como modo possível de ser. Para um psicoterapeuta, o medo do sofrimento e do castigo poderiam ser explorados e compartilhados com o estrangeiro como modos de purificar-se, por exemplo. Um psicoterapeuta permaneceria por muitas e muitas sessões buscando com o paciente outros modos possíveis de reparar o mal que causara a si e à sua família por não ter se tornado cidadão francês quando jovem. Escutaria atentamente sua preocupação em relação a si próprio e sua família. Testemunharia seu esforço para aproximar-se do médico. Reconheceria a pena que sente de si mesmo, afinal, mesmo que tentando mobilizar esses sentimentos no outro, está procurando o convívio e o compartilhamento de mundo. Quiçá o psicoterapeuta procuraria com ele modos de aproveitar o tempo que ele sente que lhe resta. A atitude constante do psicoterapeuta seria de, a cada encontro,

[...] aceitar o paciente totalmente tal como ele é, com todas as suas belezas físicas e mentais, assim como seus defeitos. Todas as possibilidades do

paciente devem ter a chance de emergir. Ele [paciente] precisa tornar-se livre, independente das ideias pessoais, desejos ou julgamentos do analista. (Boss, 1963, p. 71)

Aquilo que é interpretado como sintoma pela psiquiatria seria assumido como modo de ser. Os ditos sintomas não são interpretados como meras conseqüências desprovidas de significados, mas como gestos significativos. Existir é realizar a todo o momento modos de ser no mundo com outros. Os fenômenos chamados de psicopatológicos também são modos de ser no mundo. Por isso, o psicoterapeuta precisa cuidar para não assumir como tarefa a eliminação dos sintomas, por mais que eles sejam o motivo da procura por psicoterapia. Não é esse o seu objetivo. O sentido da psicoterapia é relacionar-se à existência do outro.

Se quando o psicoterapeuta recebe um novo paciente com queixa psiquiátrica ele começa a investigar os sintomas, ele perde de vista a existência. Além disso, não está no seu âmbito de ação (a psicoterapia), correndo o risco de impedir o início da relação terapêutica.

Por exemplo, acompanhei como supervisor clínico a chegada de uma paciente com queixa de Transtorno de Ansiedade para psicoterapia com uma psicóloga-estagiária. Assim que a paciente contou à psicóloga sua psicopatologia, esta começou a investigar em que momentos acontece, procurou com ela situações e episódios desencadeantes, perguntou sobre sua história de vida, a fim de localizar o início das crises de ansiedade e incidentes biográficos causais. Após três sessões, não tinha mais perguntas a fazer, estava com o Transtorno de Ansiedade da paciente todo explicado e já tinha proposto jeitos de ela se tranquilizar em situações ansiogênicas. Mas, e aí? A paciente continuava restrita em seu cotidiano e, então, a psicoterapeuta sentia que não tinha mais o que fazer, pois a restrição da paciente era mais forte que suas intervenções. Nesta situação, a psicóloga estagiária passou ao largo do que é ser psicoterapeuta. Sua investigação foi diagnóstica e prescritiva, objetivando eliminar a ansiedade da paciente. Isso não é psicoterapia daseinsanalítica.

A Daseinsanalyse tem como tema da psicoterapia a existência concreta do paciente e a pluralidade de seus modos de ser no mundo. Por

isso, o processo objetiva a descrição minuciosa dos entes que se manifestam na clareira de mundo e das possibilidades existenciais que se anunciam em cada manifestação. Os sintomas são um aspecto da existência. Psicoterapeuta e paciente vão, juntos, desvelando detalhes de situações, experiências, sentimentos, desejos, dificuldades, lembranças, sonhos.

Concomitantemente a esse desvelamento de mundo, a relação terapêutica acontece. Nela, compartilham as experiências do paciente, tal como se apresentam a ele. Vivenciam juntos uma relação na qual as possibilidades negadas e proibidas também podem se apresentar, na qual é possível experimentar ser de modos que sente como errados ou que seriam motivo de recriminação ou abandono por parte dos outros. Por isso, é fundamental que o psicoterapeuta não traga para esta relação seus desejos, valores e expectativas; ele precisa estar livre para compreender os modos de ser do paciente exatamente como aquilo que são – modos possíveis de existir. Se o psicoterapeuta tem a meta de “curar” o paciente e/ou eliminar os sintomas atuais, já deixa de dispor da liberdade para deixar o paciente ser tal como é. O mesmo pode ser dito caso tenha o objetivo de reunir os sintomas numa síndrome ou transtorno a fim de determinar um diagnóstico.

Numa leitura mais contemporânea, Figueiredo (1993) chama o psicólogo de “profissional do encontro”. O psicoterapeuta certamente o é, pois sua prática clínica é zelar pela possibilidade de encontro psicoterapeuta-paciente a fim de que uma relação humana na qual o paciente sinta confiança aconteça. O sentido da terapia é contribuir para a aproximação do paciente de seu existir por meio dessa relação confiável.

Um modo de realizar isso é estando genuinamente interessado na existência do outro e atento aos modos como o paciente deixa o terapeuta ser, isto é, quais são suas expectativas, preconceções e modos de lidar, aquilo que a psicanálise chama de ‘transferência’. Esses modos são os possíveis ao paciente neste momento de vida e precisam ser aceitos pelo terapeuta, a fim de que novos possam surgir.

Outro modo é seguindo a indicação de Medard Boss, que assume como mote da terapia a pergunta-guia: “por que não?” O sentido desse

questionamento é aproximar-se das possibilidades existenciais que se apresentam ao paciente, mas que por vários motivos ele não pode ou consegue assumir como próprios e/ou realizar (Boss, 1963).

Assim, diferentemente de qualquer relação humana, na psicoterapia a relação é tematizada constantemente, seja aberta, seja veladamente. Trata-se de uma relação humana na qual o relacionar-se é o foco. As restrições existenciais, em geral, apontam para modos restritos de estar com os outros, como no caso do estrangeiro, para quem os outros são todos nivelados como membros de um complô para castigá-lo. Para esse paciente, os outros são todos igualmente ameaçadores. Uma relação humana cuidadosamente propiciada, na qual pudesse expor e compartilhar seus medos e confrontar seus carrascos (o psicoterapeuta sendo um deles) seria um modo de possibilitar novos modos de relacionar-se consigo mesmo e com os outros. Mas, para poder confrontar seu psicoterapeuta, precisa sentir que pode experimentar e expressar abertamente nessa relação seus sentimentos construtivos e destrutivos. E leva tempo para sentir tal confiança.

Percebo, em jovens psicoterapeutas, espanto quando sugiro que explorem com os pacientes detalhes aparentemente secundários ou supérfluos de seu cotidiano. Mas é isso que significa conhecer o mundo do outro, aproximar-se e aproximá-lo de seu existir. A regra de ouro da psicanálise – a livre associação – é o método psicoterapêutico. No contexto fenomenológico-existencial ‘livre associação’ significa que o psicoterapeuta não determina previamente quais são os assuntos a serem tratados na sessão e pede o que o paciente faça o mesmo. Se o psicoterapeuta escolhe o que deve e o que não deve ser tratado em sessão está recorrendo a alguma norma prévia, o que equivale a dizer que está trazendo para a terapia os seus valores.

Pode acontecer de o paciente restringir sua fala aos fenômenos psicopatológicos ou às situações que considera causais do sofrimento atual. Por exemplo, recebemos na clínica -escola da IES onde leciono pacientes que dizem “tenho TOC” e se limitam a isso e à exposição dos seus sintomas. Será que esta pessoa dispõe de liberdade para tematizar outros aspectos de sua existência? Cabe ao psicoterapeuta explorar essa liberdade. Pois, pode ser que tenha motivos para lidar apenas com um âmbito restrito de fenômenos.

Dentre os motivos possíveis para evitar explorar outros âmbitos além da sintomatologia, destaco dois frequentes. O paciente pode estar impedindo determinadas possibilidades existenciais que o solicitam de se manifestarem na clareira compartilhada com o psicoterapeuta. Então a pergunta que o psicoterapeuta precisa colocar é: por que esta pessoa não pode compartilhar estas experiências comigo? É à luz dessa indagação que o psicoterapeuta precisa colocar-se nessa relação. O sentido disto é zelar para que a existência do paciente possa manifestar-se, e não somente o transtorno psicopatológico.

Outro motivo é que, compreendendo todas as suas experiências à luz de uma psicopatologia, o paciente mantém um eixo interpretativo constante e identitário, embora nivelador, das múltiplas e quiçá contraditórias possibilidades de seu existir. Isto é, é preferível considerar-se portador de tal transtorno a não compreender o que se passa em sua existência. Por exemplo, afirmar-se bipolar é um jeito de interpretar todos os momentos de alegria e de tristeza, assim como todas as dificuldades e frustrações. Assim, evita assumir que não entende porque as coisas se passam consigo como se passam e afasta a necessidade de perguntar-se e, quiçá, descobrir novos aspectos sobre si mesmo.

Não raro, psicoterapeutas atribuem à psicopatologia as suas dificuldades para estarem com esse paciente. Ao fazerem isso, realizam o mesmo movimento descrito acima: ao invés de abrirem-se para a enigmática experiência de estar com um outro, fecham-se recorrendo a uma explicação. Já vi muitos psicoterapeutas – iniciantes e veteranos – dizendo que a relação terapêutica não se desenvolveu porque o paciente é, por exemplo, *borderline*. Será isso mesmo? Ou será que faltou a este psicoterapeuta a disponibilidade e o interesse para descobrir como é possível estar com esta pessoa neste momento de sua vida?

Por fim, na Daseinsanalyse não faz sentido falar de “o transtorno afetivo bipolar”, a ‘personalidade *borderline*’ etc. Medard Boss explica claramente sobre a esquizofrenia algo que vale para todas as demais formas de restrição:

Se falamos em “esquizofrenia” em si, tornamo-nos muito abstratos. Tal abstração foi realizada em 1911 por Eugen Bleuler. O fato concreto que temos diante de nós e do qual Eugen Bleuler elaborou seu conceito consiste numa forma específica da existência humana. (Boss, 1977b, p. 5)

Qualquer síndrome ou transtorno descrito nos manuais de psiquiatria é uma abstração. Todos esses conceitos são abstrações que, para serem formuladas, exigem a eliminação dos aspectos concretos singulares de cada existência de qual foram hauridos. É por isso que se pode afirmar que o psicoterapeuta nunca encontra diante de si um caso de esquizofrenia, uma depressão, ou um TDAH etc. e sim uma existência que responde a alguns ou a muitos entes na abertura de mundo de um modo que pode ser chamado de esquizofrênico, depressivo, maníaco, hiperativo etc. Esse modo de ser encontra-se restrito e pode perdurar limitado por bastante tempo. Mas a existência é indeterminada e possível, o que significa que pode vir a desvelar outros modos de lidar com o que a solicita. Para isso, precisa experimentar uma relação confiável, inaugurando a confiança no vir-a-ser. É por isso que Sapienza (2007) refere-se à história que se dá na relação psicoterapêutica como “do desabrigo à confiança”.

## REFERÊNCIAS

- Boss, M. (1963) *Psychoanalysis & Daseinsanalysis*. Trad. Ludwig B. Lefebre. New York; London: Basic Books, Inc. Publishers.
- Boss, M. (1977a) *Angústia, Culpa e Libertação: Ensaio de Psicanálise Existencial*. Trad. Barbara Spanoudis. 2a. ed. São Paulo: Duas Cidades.
- Boss, M. (1977b) O modo-de-ser esquizofrênico à luz de uma fenomenologia daseinsanalítica. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, v. 3, p. 3-27, São Paulo.
- Boss, M. (1994) *Existential Foundations of Medicine & Psychology*. Northvale, New Jersey; London: James Aronson Inc.

- Dutra, E. (2013) Formação do Psicólogo Clínico na Perspectiva Fenomenológico-Existencial: Dilemas e Desafios em Tempos de Técnicas. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, XIX (2): 205-211, jul-dez, 2013
- Figueiredo, L. (1993) Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de Subjetividade / Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa*, v. 1, no.1, p. 89-95, São Paulo.
- Heidegger, M. (1927/2012) *Ser e Tempo*. Trad. Fausto Castilho. Campinas, SP; Editora da Unicamp; Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Jaspers, K. (1912/1987) *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Messas, G. (2008) Psicopatologia Fenomenológica e Psicofarmacologia: um desafio para a contemporaneidade. In: \_\_\_\_\_ (org.) *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. p. 216-243. São Paulo: Roca.
- Minkowski, E. (1959) Findings in a Case of Schizophrenic Depression. In: MAY, R.; ANGEL, E.; ELLENBERGERS, H. *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology*. 4th Printing. ed. New York: Basic Books.
- Neto, H. (2016) O diagnóstico pelo modelo operacional e pela psicopatologia fenomenológica: um paralelo entre os modelos, através de um estudo de caso. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 5(1), pp. 22-40.
- Pompéia, J.; Sapienza, B. (2010) *Os Dois Nascimentos do Homem: Escritos sobre Terapia e Educação na Era da Técnica*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Sapienza, B. (2007) *Do Desabrigo à confiança - Daseinsanalyse e terapia*. São Paulo: Escuta.
- Schmidt, M. (2009) O nome, a taxonomia e o campo do Aconselhamento Psicológico. In: MORATO, H. T. P.; BARRETO, C. L. B. T.; NUNES, A. P. *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial*. p. 1 – 21. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Sonenreich, C. & Estevão, G. (2007) *O que psiquiatras fazem: ensaios*. São Paulo: Casa Editorial Lemos.
- Spiegelberg, H. (1972) *Phenomenology in psychology and psychiatry: a historical introduction*. Evanston, IL: Northwestern University Press.