



Revista da Abordagem Gestáltica:

Phenomenological Studies

ISSN: 1809-6867

revista@itgt.com.br

Instituto de Treinamento e Pesquisa em
Gestalt Terapia de Goiânia
Brasil

da Silva Melo, Anna Karynne; Janja Bloc Boris, Georges Daniel; Stoltenborg, Violeta
Reconstruindo Sentidos na Interface de Histórias: Uma Discussão Fenomenológico-Existencial da
Constituição do Sujeito Borderline

Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies, vol. XV, núm. 2, diciembre, 2009, pp.
133-142

Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt Terapia de Goiânia
Goiânia, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357735514009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

RECONSTRUINDO SENTIDOS NA INTERFACE DE HISTÓRIAS: UMA DISCUSSÃO FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL DA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO BORDERLINE

Re-Constructing Senses on the Boundary of Stories a Phenomenological-Existential Discussion on the Borderline Patient's Constitution

La Reconstrucción de Significados en la Interfaz de Historias Una Discusión Fenomenológico-Existencial de la Constitución del Paciente Fronterizo

ANNA KARYNNE DA SILVA MELO
GEORGES DANIEL JANJA BLOC BORIS
VIOLETA STOLTENBORG

Resumo: Este artigo discute o caso de uma mulher de 40 anos com diagnóstico psiquiátrico de transtorno de personalidade *borderline*, conforme a CID-10 (2003). O texto se propõe, por meio de uma experiência clínica concreta, a discutir as concepções da psicopatologia fenomenológica existencial. Assim, num primeiro momento, descreve o distúrbio *borderline* de acordo com a fenomenologia existencial. Em seguida, discute as concepções da relação entre saúde e doença de acordo com a Gestalt-Terapia e a *Daseinsanalyse*, buscando compreender o modo de “estar-no-mundo” e a constituição do fenômeno psicopatológico no sujeito *borderline* na perspectiva da construção de sua história de vida, que é única. Ao final, os autores destacam o grande desafio do psicoterapeuta fenomenológico-existencial: suspender o que conhece *a priori* a respeito do quadro clínico do paciente e considerá-lo como sujeito a partir da sua forma de se expressar no mundo, abandonando a mera classificação da doença.

Palavras-chave: Psicopatologia Fenomenológico-Existencial; Gestalt-terapia; *Daseinsanalyse*; Paciente *borderline*.

Abstract: This paper discusses a clinical case of a 40 years old woman, diagnosed as a *borderline* personality disorder, conforming to CID-10 (2003). The paper proposes, by a concrete clinical experience, to discuss the phenomenological and existential psychopathology. At first, it describes *borderline* disorder according to existential phenomenology. So, the authors discuss the conceptions about the relation between health and sickness in Gestalt-Therapy and *Daseins-analysis*, trying to understand the way of ‘being-in-the-world’ and the constitution of the psychopathological phenomenon in *borderline* patients from the perspective of the construction of his life story, that is unique. At the end, the authors detach the great challenge of existential-phenomenological psychotherapist: putting the patient’s clinical picture in stand by ‘*a priori*’ and considering how she expresses herself and sees the world, giving up the mere disease classification itself.

Keywords: Phenomenological and Existential Psychopathology; Gestalt-therapy; *Daseins-Analysis*; Borderline Patient.

Resumen: En este artículo, se describe el caso de una mujer de 40 años con el diagnóstico psiquiátrico de trastorno de la personalidad fronteriza, según el CID-10 (2003). En el texto se plantea, a través de una experiencia práctica clínica, los conceptos de la psicopatología fenomenológica-existencial. Por lo tanto, en la primera parte, se describe el trastorno de la personalidad fronteriza a partir de la fenomenología existencial. A la continuación, se analizan las concepciones de la relación entre la salud y la enfermedad para la terapia Gestalt y la *daseinsanalyse*. Se busca, además, comprender el modo de “ser-en-el-mundo” y el establecimiento del fenómeno psicopatológico en los pacientes fronterizos desde la perspectiva de la construcción de su historia de vida, que es única. En el final, los autores ponen de relieve el reto que afronta el psicoterapeuta fenomenológico-existencial: dejar en suspenso lo que conoce *a priori* en relación a lo cuadro clínico del paciente y considerarlo como un sujeto desde la forma como se expresa en el mundo, abandonando la mera clasificación de la enfermedad.

Palabras-clave: Psicopatología Fenomenológico-Existencial; Terapia Gestalt; *Daseinsanálise*; Paciente Fronterizo.

Introdução

O presente artigo tem como objetivo discutir, sob o prisma da clínica fenomenológica existencial, o caso de uma mulher de 40 anos, atendida no Serviço de Psicologia Aplicada do Núcleo de Atenção Médica – SPA/NAMI – da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), durante os anos de

2006 e 2007, tendo recebido diagnóstico psiquiátrico de transtorno de personalidade *borderline* (CID-10, 2003). Este estudo de caso foi registrado pelo comitê de ética da Universidade de Fortaleza (VRPPG 07338). O SPA/NAMI é uma instituição que tem como proposta prestar serviços de psicologia à comunidade de baixa renda de Fortaleza e proporcionar aos estudantes do Curso de Psicologia a

oportunidade de realizar atividades de estágio em diversas áreas da psicologia. Buscamos, a partir de uma experiência clínica concreta, discutir a psicopatologia fenomenológica existencial, que adota como instrumento de compreensão do sujeito o método fenomenológico, buscando compreender sua existência e suas várias formas de estar-no-mundo através de sua singularidade: “*fenomenológico vem do grego phainesthai, que significa mostrar-se, ou clarear, sair do mistério, do recôndito para o aberto e, neste, se exibir*” (Boss, 1997, p. 11). A compreensão fenomenológica permite que o ser que se mostra seja percebido a partir de si mesmo, ou seja, pela maneira própria como se mostra (Cardinali, 2004). Busca assim ir diretamente ao fenômeno tal como ele se apresenta, procurando o fenomenólogo existencial manter o pensamento aberto diante dele. Sapienza (2004) argumenta que

a história que se revela no decorrer de uma terapia pode ter semelhança com outras histórias, mas cada uma tem uma peculiar combinação de significados, que é só dela. E ali, na terapia, a única fenomenologia que interessa é a dessa história particular, é da existência do paciente que está na sala. Nisto que consiste o trabalho que ali se realiza: deixar que as coisas apareçam com seus significados, reuni-los e permitir que sentidos se articulem (p. 19).

O ponto de partida da fenomenologia é a descrição, que é antes de qualquer interpretação ou de uma construção de conhecimento acerca do fenômeno. Tal pressuposto é básico para a utilização deste método na compreensão do caso clínico de que tratamos. O método fenomenológico busca a descrição e a consequente compreensão do significado da psicopatologia, indo além das tradicionais descrições psiquiátricas. Busca o significado da experiência vivida. A postura do psicoterapeuta fenomenológico-existencial requer a colocação entre parênteses dos seus *a priori* e uma resposta genuína à pessoa tratada, porém não significa ignorar os dados descritivos conhecidos. Todavia, nos lembra Cardinali (2004), a caracterização da natureza de cada psicopatologia exige o detalhamento das suas diferenças e restrições e, principalmente, da maneira como diferentes doentes vivenciam tais reduções em seus contextos específicos.

A psicopatologia fenomenológica existencial concebe a doença a partir do próprio homem, ou seja, como um modo de existência, compreendendo-a como uma construção que o sujeito elabora para dar forma e significação às suas experiências. Tal concepção foi construída por meio de diferentes caminhos por parte de diversos filósofos, psiquiatras, psicólogos e outros estudiosos, como Heidegger (1927/1976), Merleau-Ponty (1945/1994), Minkowski (2000), Binswanger (2001) e Boss (1997), que buscaram uma nova perspectiva para um homem que era considerado, até então, somente como um organismo vivo pensante. Para compreender tal processo de

construção, neste artigo, discutimos a fundamentação da psicopatologia fenomenológica existencial, analisando como ela comprehende e trata, especialmente, o modo *borderline* de estar-no-mundo a partir de uma história de vida concreta.

O Distúrbio *Borderline*

Yontef (1998), discutindo a personalidade *borderline*, chama a atenção para o fato de que, neste modo de “estar-no-mundo”, o sujeito chega a perder, em alguns momentos de seu desenvolvimento, as fronteiras de tempo, de espaço e da relação com o outro. Para o sujeito *borderline*, há constante ameaça ou sentimento de abandono pelo outro. Em qualquer separação do outro, tais sentimentos se manifestam com muita intensidade. A relação psicoterapêutica, quando estabelecida, é sempre muito difícil, já que a confluência e a destruição do outro é o que sublinha e orienta o estabelecimento de relações para o sujeito *borderline*. O bom contato é raro, já que “entregar-se ao outro” conduz facilmente à confluência, da qual ele precisa escapar rapidamente para não ser “engolido” pelo outro. Então, o sujeito *borderline* ataca o outro e tenta destruí-lo, mas tal ação provoca sensação de fracasso e de abandono. Yontef (1998) considera que o sujeito *borderline* expõe muito fácil e intensamente o seu drama existencial, o que não significa que consiga assimilação ou bom contato com o que expressa, pois a intensidade ocorre com os eventos imediatos e num presente vazio, ou seja, na ausência de uma relação com o passado e o futuro.

Bin (1998) discute a existência *borderline* a partir de uma compreensão fenomenológica da temporalidade. Para ele, a temporalidade da experiência presente é *intrafestum*, isto é, ocorre dentro da festa ou no meio do mundo da festa, o que significa que o sujeito *borderline* vive o tempo da sua existência numa exacerbada do presente, mas não num processo de presentificação: o passado e o futuro não existem para o sujeito *borderline* como algo que faça sentido para sua forma de “estar-no-mundo”. Concordando com Yontef (1998), Bin afirma que a existência *borderline* é demarcada pela imediaticidade e pelo vazio da presença, que é a busca da união imediata com a pura presença do outro, pois a experiência da presença, para o sujeito *borderline*, é vivida num sentimento de infinitude, ao passo que a perda do outro é percebida como a aniquilação do ‘ser-aí’. É uma relação de confluência e de afastamento, ou, ainda, de acolhimento e de destruição do outro. Tanto Yontef quanto Bin destacam que a forma de “estar-no-mundo” do sujeito *borderline* tem sua gênese no momento do estabelecimento do vínculo afetivo com a mãe. Há sempre uma história de abandono, que o faz desejar e, ao mesmo tempo, temer a relação com o outro. É nesta perspectiva da construção da história de vida que buscamos, a partir da Gestalt-Terapia e da *Daseinsanalyse*, compreender o modo de “estar-no-

“mundo” e a constituição do fenômeno psicopatológico no que se refere ao sujeito *borderline*.

Daseinsanalyse e Gestalt-Terapia: Doença e Saúde no Campo da Psicopatologia

Para Boss (1997), as doenças mentais sempre provocam alguma restrição das possibilidades de que o homem consiga realizar seus modos de existência. Cardinalli (2004) acrescenta que “*o que está prejudicado é a habilidade da pessoa doente de se engajar num levar adiante essas potencialidades particulares como comportamento livre diante daquilo que encontra em seu mundo*” (p. 199). Heidegger (1927/1976) destaca que, na doença, o ser sadio não está ausente, mas perturbado. Tanto na saúde quanto na doença, as características existenciais da pessoa estão presentes como possibilidades; no entanto, ao estar doente, tais características pessoais estão perturbadas. Nesta perspectiva, a patologia é compreendida como interrupção, cristalização ou perda da liberdade existencial e, portanto, como uma limitação da vida do homem em sua totalidade.

No processo psicoterápico, busca-se a ampliação da consciência do sofrimento do sujeito, procurando compreender como o sujeito se constrói, respeitando sua realidade fenomenológica, ressignificando sua própria existência, buscando a variação e a ampliação de suas experiências e referências, que, de outra maneira, não seriam acessíveis, abrindo, assim, novas possibilidades de existência. Desse modo, a psicoterapia trabalha compreendendo a capacidade do sujeito para lidar com o seu sofrimento, intervindo nas suas potencialidades, bem como nas suas restrições no modo de existir. Pensar a existência, segundo Heidegger (1927/1976), é dizer sobre o *Dasein*, que, também, diz “ser-no-mundo”, e, consequentemente, quem diz “ser-no-mundo”, também, diz “ser-com-o-outro”. Conforme Nunes (2001),

no Eu se esconde o outro ou o outro se desdobra do Eu... Eu não sou uma identidade sem fissuras, porque a consciência que tenho de mim mesmo está sempre à beira de um desdobramento e, por vezes, de borbulhante multiplicação. (p. 51).

Com os outros *Dasein*, exercemos um contínuo cuidado do outro, seja num intercurso marcado pela indiferença e pelas emoções negativas (hostilidade ou aversão), seja pelas positivas (dedicação ou amor). Portanto, pode-se afirmar que o outro passa a ser o que possibilita minha existência e dá sentido à relação de meu eu com o mundo.

O adoecimento, para a psicopatologia fenomenológica existencial, é uma forma de existência na qual o sujeito não consciente reduz suas possibilidades de existir e de devir, ocorrendo uma despotencialização de sua vida.

Assim, ao adoecer, o sujeito não consegue encontrar outra forma de existir: ele se cristaliza e paralisa sua existência. O objetivo da perspectiva fenomenológica existencial é compreender tal adoecimento, ou seja, apreender o que faz com que a existência adoecida impeça suas possibilidades de existência, como se organiza e se estrutura na sua relação com o mundo.

Pensamos que os estudos da *Daseinsanalyse* podem contribuir para a compreensão do homem como existência conforme proposta pela Gestalt-terapia. A história de vida ou biografia, apontada pela *Daseinsanalyse* como de suma importância na compreensão do adoecimento, pode ser pensada, também, numa articulação com os conceitos centrais da Gestalt-terapia. Tanto para a *Daseinsanalyse* quanto para a Gestalt-terapia, a gênese dos processos psicopatológicos ocorre na construção do projeto de vida. Projeto de vida é a forma como a existência se *des-cobre*, se abre e existe no mundo, ou, ainda, o modo como estabelecemos contato. Trata-se de fazer uma leitura fenomenológica existencial dos sentidos da história de vida, isto é, da situação, dos sintomas e do fluxo de contato numa compreensão interpretativa do modo de estar no mundo. Tais questões fundamentais (sintoma, história de vida e situação) que possibilitam a compreensão do adoecimento foram conceituadas por Binswanger (2001) e Dör (1993). Eles destacam que o sintoma é uma forma de expressão visível que possibilita interpretar o que se encontra em relação de coexistência com o invisível. A situação em que se encontra o sujeito num dado momento existencial é um corte transversal na sua relação originária com o mundo, ou seja, como ser-no-mundo e como seu co-constituinte. Na situação, o sujeito é projetado na relação com o outro e, ao mesmo tempo, é o sujeito do ato de projetar: portanto, é, também, o projetor.

É o que Perls, Hefferline e Goodman (1997) entendem como mecanismo de projeção, a capacidade de atribuição ao outro/mundo daquilo que se origina no próprio sujeito. Na relação com o mundo, o sujeito se apresenta como algo projetado e, também, exerce o ato de projetar. Na situação, o que aparece ao sujeito é a dupla tarefa de realizar e de assumir o projetado e o projetor. É o posicionamento do sujeito como responsável desta dupla tarefa que lhe possibilita a superação da situação. Trata-se da atualização constante da sua existência e da superação do velho pelo novo, conforme aponta Perls (2002). No adoecimento, a situação é considerada patológica quando deixa de ser vivida como trauma. Trauma, aqui, é entendido como a experiência que marca outro lugar e outro posicionamento frente a si mesmo, ou seja, o que mobiliza o sujeito para a presentificação. Quando o sujeito vivencia o trauma como algo que se repete, podemos pensar que a sua existência está cristalizada, pois aquele estabelece contato com o velho, o já vivido em sua mesma configuração.

Na Gestalt-terapia, o conceito central é o fluxo de contato, ou o modo como o sujeito estabelece contato em

sua interação no mundo. O fluxo ou ciclo de contato é o processo de formação de figura (o que sobressai) e fundo (o que contextualiza) na interação entre o sujeito e o mundo. É a experiência primeira em tal interação, sendo um processo dinâmico, um fluxo constante e permanente de experiências. Entendemos que o modo como tal processo é estabelecido constitui a existência do sujeito. É no modo de contatar a si mesmo e ao mundo que se configura o campo homem-mundo, que nos informa e, ao mesmo tempo, informamos o que é ser sujeito (Perls, 2002). É nesta discussão antropológico-existencial, que tanto a Gestalt-terapia quanto a *Daseinsanalyse* apontam, que se mostram importantes a apreensão e a compreensão das relações de sentido entre a história de vida, as situações patológicas vividas pelo sujeito e seus sintomas. Entendemos que a articulação entre Gestalt-terapia e *Daseinsanalyse* pode se configurar na busca de compreender a história de vida do sujeito que adoece a partir do entrelaçamento entre a sua situação, os seus sintomas e seu fluxo de contato.

História de Vida: Compreendendo o Sujeito Borderline na Clínica Fenomenológico-Existencial

Binswanger (2001), influenciado pela filosofia de Heidegger (1927/1976), dirige sua antropologia para o estudo do *Dasein* ou da existência, cuja estrutura fundamental é o ser-no-mundo como transcendência, ou seja, trata-se do estudo do ser humano em sua integridade normal ou anormal, sendo, portanto, tal a tarefa da psicopatologia fenomenológica, nomeada como *Daseinsanalyse* ou análise existencial. Desta forma, a psicopatologia fenomenológica deve examinar o problema “*do Ser e das relações do fenômeno psicopatológico com a existência daquele que o padece*” (Pereira, 2001, p. 139), o que significa que o fenômeno psicopatológico é uma construção que ocorre a partir do modo como o sujeito lida com a sua condição de Ser, ou seja, a própria experiência de estar-no-mundo. Assim, a psicopatologia fenomenológica deve se preocupar com a análise da experiência mesma de ser. A concepção de psicopatologia de Binswanger (2001) utiliza o método fenomenológico, buscando descrever o mundo a partir da perspectiva do sujeito e das suas experiências no mundo, das condições da sua existência e das suas possibilidades. De acordo com Pereira (2001), a psicoterapia analítico-existencial de Binswanger “*constitui uma tentativa de abrir certas formas de existir, fechadas, repetitivas e que acarretam sofrimento inútil e incapacidade de auto-realização a novas possibilidades estruturais de existência*” (p. 141). Na *Daseinsanalyse* de Binswanger (2001), a história do paciente é a descrição de seu modo de existência. Intervir na história do sujeito não é aplicar determinadas técnicas, mas reconstruir, na relação psicoterapêutica, uma trajetória comum entre dois seres humanos. Compreendemos que essa con-

cepção da prática psicoterapêutica possibilita o diálogo com outras perspectivas no campo psicoterápico como, a Gestalt-terapia, pois esta também comprehende a relação paciente e psicoterapeuta como um momento de reconstrução de histórias.

Daseinsanalyse e Gestalt-terapia propõem que a relação psicoterapêutica seja experienciada no seu entrelaçamento, o que significa pensar que cliente, psicoterapeuta e mundo coexistem e é a partir dessa correlação a possibilidade de mudança na dinâmica de funcionamento do sujeito, ou ainda, a mudança no estabelecimento de contato. Nessas perspectivas, o olhar é fundamentalmente fenomenológico, no sentido de compreender o que acontece como instante de acontecimento. Articulando as obras de Merleau-Ponty (1994) e de Binswanger (2001), Coelho Júnior (2001) destaca que ambos superaram a dualidade entre os campos interior (subjetivo) e exterior (pretensamente objetivo) através da experiência originária do espaço no qual ocorre a nossa relação com o meio, o mundo, os outros e os objetos. É neste espaço que vivenciamos nossas sensações e experiências, que não ocorrem nem dentro nem fora do sujeito, mas num espaço amplo no qual podemos nos perceber, abertos ou fechados, a tais vivências e no qual nos estruturamos. Tal espaço é o da experiência vivida, um espaço vivenciado, no qual não há dentro nem fora, em que pode haver expansão, retraimento, queda e elevação. Trata-se do *entre*, da experiência da relação entre sujeito e mundo. O espaço é uma dimensão central da experiência, pois possibilita o encontro com o outro, por meio do qual nos constituímos. Ter um espaço no mundo significa ocupar um lugar na vida do outro, apropriando-se dele e compartilhando-o para poder transformá-lo. É em tal espaço potencializado de encontro que o sujeito constitui e dá continuidade ao seu devir.

Na relação psicoterapêutica, tal encontro tem como ponto de delineamento a discussão do normal e patológico. De acordo com Moreira e Sloan (2002), o critério do que é normal ou patológico em psicologia, freqüentemente, é fundamentado no DSM-IV (2002), instrumento elaborado a partir de uma classificação psiquiátrica e que muitos psicólogos utilizam. Moreira (1994) considera que falta à psicologia uma compreensão psicológica do patológico que esteja em função da clínica e possa contribuir no processo psicoterápico. O objetivo da psicoterapia é a mobilização do sujeito, seja qual for o movimento, na sua existência, superando os seus conflitos. Quando os conflitos não podem ser superados, há aí a imobilidade de uma existência no mundo no qual *ser doente* é a única possibilidade de ser.

Moreira (1994), tomando como base Merleau-Ponty (1994), trata de um sujeito mundano, autônomo e responsável: é mundano, pois se constrói na relação que estabelece com o mundo e com os outros homens, resgatando a sua historicidade; é autônomo, pois é o arquiteto de sua própria existência, capaz de exercer com plenitude suas

potencialidades; também é responsável, uma vez que o homem é aquilo que se faz ser, sendo sua existência construída por ele mesmo na sua condição de mundaneidade, submetido às contingências de sua situação existencial. Portanto, a psicopatologia fenomenológica existencial concebe o homem que se *constrói* na relação com o outro. Para que ele possa alcançar a consciência de si mesmo, isto é, a experiência de reconhecimento do modo como se constrói, o outro deve ser seu mediador indispensável. Entendemos que a psicoterapia fenomenológica existencial busca a compreensão de tal constituição, compreendendo a estrutura da existência num tempo subjetivo, num espaço no qual o sujeito se abre e se fecha às suas vivências, num corpo que é afetado e que se constitui no tempo e no espaço a partir do outro. Perls, Hefferline e Goodman (1997) destacam que a estruturação do sujeito nesse movimento dinâmico e constante de abertura e de fechamento constitui o ciclo de contato.

Ciclo de contato é a relação de formação de figura e fundo ou, ainda, o reconhecimento da experiência mais intensa no instante de seu acontecimento como sujeito. Ao se manter em contato com sua experiência, o sujeito se aproxima mais dela, vivenciando na sua forma original, possibilitando sua reorganização. E, ao mesmo tempo, retirando-se da experiência intensa no momento que percebe uma atualização da sua própria condição de ser no mundo. É através da descrição que o sujeito pode apreender o essencial das situações vividas por ele e o sujeito pode presentificar sua própria vivência e trazê-la para seu processo psicoterapêutico tal como foi vivida para que possa ser ressignificada. O psicoterapeuta, assim, a partir do próprio projeto do sujeito e de suas escolhas de como agir e de exercer sua liberdade, contribui para levá-lo a tomar consciência do seu projeto da forma como ele o vem realizando e de como levá-lo adiante, sempre se baseando na sua própria realidade e na sua relação com o mundo (Moreira, 1994).

A relação entre psicoterapeuta e paciente, na abordagem fenomenológico-existencial, ocorre no entrelaçamento dos seus mundos fenomenológicos. Portanto, é necessário que o psicoterapeuta exerça uma dupla escuta, ou seja, ele deve escutar o paciente e, também, a si mesmo. É uma relação caracterizada pela presença, por estar plenamente com o outro, o que envolve uma atitude de reciprocidade e de disponibilidade para entrar em contato consigo mesmo e com o paciente. Trata-se de se dispor para que o paciente se faça presente na sua expressão mais radical de alteridade. Tal relação é caracterizada por um intenso envolvimento, como na confluência saudável, entendida, aqui, como uma relação de complementaridade, que ocorre na diferença, havendo uma identificação entre paciente e psicoterapeuta (Perls, Hefferline & Goodman, 1997). Devido a tal identificação, ou seja, por estarmos profundamente envolvidos nessa relação que são duas alteridades em relação mútua, entendemos que não há, portanto, nem neutralidade nem

uma pretensa objetividade por parte do psicoterapeuta fenomenológico existencial.

Os psicoterapeutas fenomenológico-existenciais utilizam a redução fenomenológica como estratégia para compreender tanto as suas vivências quanto as do paciente na relação psicoterapêutica. Suspendem preconceitos, valores e teorias, buscando compreender o sujeito em sua alteridade, o que envolve uma atitude psicoterapêutica de ver e de escutar plenamente, potencializando a sua compreensão do inaudível e do que está além do que está posto. Trata-se de escutar a fala do outro em todas as suas dimensões (Amatuzzi, 1989). Nesta perspectiva, o psicoterapeuta está, seguramente, sendo ressignificado também, o que envolve um processo de auto-análise, de auto-escuta e de autoconhecimento permanentes de sua parte. Tal postura nos faz pensar que o psicoterapeuta não tem o controle de tudo. Seu poder, na medida em que detém um saber elaborado a respeito dos fenômenos vividos, é posto, efetivamente, a serviço do paciente, numa relação de mão dupla que proporciona um espaço para o encontro genuíno das experiências de ambos.

O Processo Psicoterápico: A *Daseinsanalyse* e a Gestalt-Terapia

Buscamos, aqui, discutir teoricamente um processo psicoterápico em Gestalt-terapia, desenvolvido no SPA com uma paciente diagnosticada com transtorno de personalidade *borderline*, incluindo a contribuição de elementos teórico-conceituais da prática clínica da *daseinsanalyse*, na medida em que favorece a compreensão da construção da história de vida da paciente e das implicações no seu processo psicopatológico. A paciente foi atendida uma vez por semana, com duração de uma hora e meia, pois ela não tinha condições financeiras de vir à instituição mais vezes e compreendíamos que havia necessidade de maior tempo e freqüência nos seus atendimentos. Assim, sugerimos que as sessões pudessem ter uma duração maior para tentar dar conta da sua demanda. O processo psicoterápico descrito ocorreu nos anos de 2006 e 2007.

Utilizando as ferramentas metodológicas da fenomenologia existencial, o estudo de caso envolveu três fases. Na primeira fase, de descrição fenomenológica, foi feita a coleta de dados no prontuário em que são registradas as sessões realizadas com a paciente, arquivado no SPA. Através dos registros das sessões, buscamos compreender o modo de ser-no-mundo da paciente e discutir teoricamente o seu processo de psicoterapia e suas implicações. Após o exame dos dados contidos no prontuário, chegamos à segunda fase do estudo de caso: a redução fenomenológica, que se trata de um reconhecimento dos temas emergentes descritos durante o processo psicoterápico, segundo modelo proposto por Moreira (2001; 2004). Nesta fase, buscamos reconhecer os temas abordados pela

paciente através da sua fala ao longo da psicoterapia, tais como família, trabalho, relacionamento afetivo, medicamentos, internações, história de vida, relacionamento com os filhos, drogas, suicídio e retomada da sua vida. Ainda nesta fase, buscamos identificar a articulação dos temas, os entrelaçamentos entre eles e seus significados, ou seja, o modo como são vividos e expressos pela paciente, através de sua fala e das intervenções da psicoterapeuta. Em cada um dos temas, buscamos apreender o que ela disse e o modo como experienciou. A fase seguinte é a da interpretação fenomenológica. Nela, elaboramos uma discussão teórica dos temas emergentes no processo de psicoterapia como um todo, a partir da Gestalt-terapia e da *Daseinsanalyse*, suscitando uma maior compreensão e uma melhor condução fenomenológica das experiências vividas e expressadas pela paciente. As perguntas disparadoras (Moreira, 2004) que moveram nosso estudo de caso foram: qual a relação entre a vida de Maria e sua condição existencial? Quais seus significados? Como a história de Maria se entrecruza com a de sua filha? Será uma única história ou serão duas versões diferentes? Como Maria percebe sua história?

Maria¹, Uma (?) História de Vida

Maria tinha 40 anos e era viúva quando foi encaminhada à clínica-escola (SPA) do Curso de Psicologia pelo setor de psiquiatria de um hospital local. No hospital, ela havia ficado internada durante quarenta dias devido a uma crise convulsiva após ingestão alcoólica. A queixa inicial da paciente, apresentada no setor de triagem do SPA foi de que estava perdendo sua sanidade mental. Afirmava que estava ficando violenta e que tinha pensamentos suicidas freqüentes.

Maria é natural de outro Estado e morava em Fortaleza há 17 anos. Sua mãe biológica era amante de seu pai e morreu quando ela nasceu. O pai, então, a levou para sua casa e Maria foi criada pela mulher de seu pai, com os outros filhos do casal. Maria apenas ficou sabendo que não era filha legítima de sua “mãe” aos 20 anos, quando ouviu seu pai dizer à mulher que ela a tratava diferente por não ser sua filha legítima.

Maria casou aos 16 anos, pois seu pai havia prometido uma de suas filhas ao filho de um colega. Ele colocou as quatro filhas lado a lado e disse que o colega escolhesse uma: ele escolheu Maria. Perguntada por que achava que fora escolhida, Maria contou que o marido mencionou que gostou dela à primeira vista. Na época, seu futuro marido tinha 40 anos. Ele, eventualmente, trabalhava à noite. Em uma das vezes em que ele foi trabalhar fora, Maria foi estuprada por três homens, em sua casa. Sua filha mais velha é fruto deste estupro, mas o marido aceitou prontamente a gravidez. Maria disse que o estupro foi notícia

em jornais e na televisão. Ela passou a sair pouco de casa, pois tinha muita vergonha. Maria teve mais dois filhos com o marido. Este faleceu de infarto. Nesse período, ela desenvolveu um quadro depressivo e passou a fazer uso de bebidas alcoólicas. Suas irmãs propuseram que ela se mudasse para outro Estado para que esquecesse os fatos ocorridos. A princípio, ela não quis ir, mas, depois, resolveu se mudar conforme sugerido pela família, deixando os filhos com os seus pais.

Durante os atendimentos, soubemos, cada vez mais, de sua história. No início, o que a preocupava mais era o medo da revelação do segredo que manteve durante 19 anos, isto é, que sua filha mais velha era fruto de um estupro. Por decisão da família, a verdade nunca foi contada à filha. Maria se apresentara na clínica-escola bastante apreensiva com a possibilidade de revelação do seu segredo. No hospital, ficou sabendo que teve seu segredo, embora não por completo, revelado pela irmã à sua filha. Sua irmã, em uma discussão com sua filha, disse-lhe que ela não era filha de quem ela imaginava ser. Neste momento, ela percebeu que a filha estava vivendo a mesma situação que ela vivera devido ao desconhecimento de suas próprias origens. Ao se deparar com sua própria história, reproduzida na da filha, sua organização psíquica, já bastante afetada anteriormente, nos parecia se desintegrar, se desmanchar.

Entendemos que tal organização existencial, construída até então por Maria, se sustentava unicamente na negação da sua própria história, ou seja, na evitação de contato (Perls, Hefferline e Goodman, 1997). Para Boss (1997), a desintegração é o que acontece com os fenômenos esquecidos. Eles podem escapar do espaço de seu velamento para a manifestação do vir a ser. É o que a Gestalt-terapia considera como o retorno da situação inacabada, ou seja, a situação que não foi assimilada acumula força e impulso suficientes para se manifestar e tornar-se figura.

Maria ficou transtornada e com muita raiva de sua irmã. Sua filha mais velha ligou para o hospital, pois queria conversar com Maria e saber a verdade. Maria disse-lhe que ela havia ouvido de sua tia uma mentira. Novamente, pôs a filha na situação ambígua de saber e de não saber, uma dúvida que perpassa a sua relação consigo mesma e com sua filha. No hospital não atendia as ligações de sua filha. Em atendimento na clínica do SPA, afirmou que não havia qualquer possibilidade de contar a verdade à sua filha. Segundo ela, seria muito difícil para a filha enfrentar e ela não a perdoaria. Compreendemos que Maria tanto tinha dificuldade de enfrentar sua filha quanto de perdoar sua mãe, desenvolvendo, assim, um discurso projetivo. A projeção é a atribuição ao mundo daquilo que se origina em si mesmo. No confronto com o mundo, o sujeito projetivo não pode reconhecer o vívido como seu e, então, “*flutua livre*” (Perls, Hefferline & Goodman, 1997, p. 254); como não admite que a experiência vivida emerja dele mesmo, dirige-a e a atribui ao mundo.

¹ Evidentemente, por motivos éticos, o nome da paciente é fictício.

Assim, Maria não percebia outra saída a não ser a morte. Em diferentes ocasiões, já havia tido ideações e tentativas de suicídio, como quando tomou vários comprimidos de *Diazepam* e veneno de rato. Noutras vezes, tentou jogar-se em um poço e cortar os pulsos com uma “Gilette”. Em todos os episódios, foi socorrida por alguém que estava por perto. Durante os atendimentos, teve tentativas de suicídio. Disse que tentou matar-se com uma corda de rede de dormir e que, na última vez, tomou um vidro de *Novalgina*. Seu sofrimento era tão intenso e insuportável, que o suicídio se lhe tornara atraente. Maria descrevia o suicídio como um alívio para o seu sofrimento, porém, também questionava se realmente sentiria tranquilidade depois de morrer o que, talvez, explique suas tentativas frustradas de suicídio. Entretanto, paradoxalmente, o que parecia mantê-la viva era a esperança da morte e do fim de seu sofrimento.

Numa sessão, Maria disse que ficou com muita raiva de seu pai por ele nunca lhe ter contado sobre sua mãe biológica. Disse que, quando soube do fato, avançou sobre ele com uma faca, pois achava que, muitas vezes, fora maltratada pela “mãe” e tratada de forma diferente das outras filhas por causa disso. Se soubesse a verdade, não teria deixado a mulher que a criara agir desse modo com ela e teria reagido de alguma maneira. Entretanto, disse, também, que ficou com raiva por saber a verdade e que, talvez, preferisse nunca ter sabido. Quem sabe, tivesse sido melhor que a verdade tivesse “morrido” com o pai. Assim, não tendo certeza do que teria sido melhor para ela – saber ou não saber? –, também não sabe o que seria melhor para sua filha. Depois que ficou sabendo da verdade, passou a beber, pois “não estava nem aí com nada”. Disse que se sentiu culpada pela morte da mãe biológica. Para nascer, o outro deve morrer. Nascer e morrer são considerados existencialmente próximos por ela. Depois de dois anos morando fora, Maria esteve em sua cidade, no caminho de volta de uma viagem. Sua “mãe” disse que acreditara que ela tinha morrido. Refletindo sobre tal momento da vida de Maria, pensamos que ela voltou ao seu tema inicial: nascer, “aparecer” e morrer.

Maria contou que, quando pequena, tinha um carinho muito grande pela mulher que a criou: disse que era muito apegada a ela, porém sentia que a “mãe” não tinha por ela o mesmo carinho. Quando sua mãe saía, Maria ia até o ponto de ônibus e, lá, ficava esperando-a voltar, pois tinha medo que ela não retornasse. Perguntada por que achava que sua mãe não expressava muito carinho por ela e a tratava de modo diferente das outras irmãs, afirmava que achava que esse era o jeito de ser de sua mãe. Sua mãe de criação, no final de sua vida, foi à cidade em que Maria morava para pedir-lhe perdão, confessando que tinha consciência de que, muitas vezes, não havia sido uma boa mãe para ela. Maria diz que a perdoou. Apesar da mãe biológica de Maria ter morrido no parto, a importante tarefa do desenvolvimento psicológico, que requer construir um vínculo com o outro, poderia ter

sido completada pela mãe que a criou, pois, se a pessoa é biologicamente íntegra e tem um ambiente atencioso e adequado nos primeiros anos de vida, ela pode evoluir, num processo de maturação natural (Yontef, 1998); porém, conforme os depoimentos de Maria, isso parece não ter acontecido.

Maria retoma a história do estupro. Disse que ficou bastante abalada com o estupro e quis abortar a criança, mas seu marido não deixou, pois encarou a gravidez como se a filha fosse sua. Maria dizia que sentia ciúmes da relação do marido com a filha, chegando a discutir com ele, pois achava que ele gostava mais de sua filha do que dela. Seu marido dizia que não era verdade. Na história de Maria, percebemos a repetição de diversos vínculos atravessados por sentimentos de insegurança e de pouca confiança no outro: o vínculo com seu pai foi atravessado pela ausência da verdade sobre sua história; o vínculo com o marido foi atravessado pelo estupro, pelo amor dele pela filha e por sua morte; o vínculo com suas irmãs foi atravessado pela falta de acolhimento na ocasião do estupro e, mesmo, pela rejeição; e o vínculo com sua mãe de criação foi atravessado pela traição de seu pai. Percebemos, também, a repetição da história de Maria na história de sua filha: a mãe que não cuida da filha.

Maria disse que as duas outras vezes em que ficou grávida não foram experiências agradáveis, pois remetiam ao que sentiu na primeira gravidez. Disse que nunca tratou a filha mais velha como tratava os outros filhos, ou seja, com atenção, porém nunca lhes deu o carinho que, talvez, pudesse ter dado, pois não queria que ninguém percebesse que ela tratava sua filha mais velha de forma diferente, com indiferença, tal como foi tratada pela sua mãe de criação. Pensamos que, mais uma vez, Maria manifesta um modo projetivo de lidar com os seus sentimentos, negando-os e atribuindo-os ao mundo. Maria contou que não suportou mais a sua situação de tristeza após a morte do marido. Passou a morar com um irmão casado. Continuou a beber e a usar drogas. Dizia que se sentia muito sozinha e sem o apoio de ninguém. Depois, saiu da casa do irmão e foi morar com uma amiga, hoje, sua atual cunhada. Maria dizia que sua cunhada “a trouou” das drogas. Um tempo depois, sua “mãe” pediu que Maria voltasse para cuidar dos filhos, mas ela, durante dois anos, não deu notícias à família, dizendo que não queria saber dela, pois a mandou para outro Estado, na intenção de distanciá-la dos filhos. Maria contou que, em certo momento, quis levar seus filhos consigo, mas seus pais não deixaram; diziam que, se ela quisesse, poderia ficar lá, com eles. Indicavam que ela não tinha condições de cuidar deles.

Maria experienciou a independência punitiva ou dicotomizada (Yontef, 1998), que significa não ter para onde ir ou motivo para retornar, sentimento bastante presente na sua relação com a família. Para ela, era difícil reconhecer a possibilidade de estabelecimento de vínculos com o outro. A ambigüidade de sentimentos do outro sempre

esteve presente na vida de Maria, já que sua família se mostrava, ora interessada nela, ora parecia desejar se distanciar dela. Na primeira vez que foi internada no hospital devido a uma convulsão, uma de suas irmãs veio visitá-la e Maria discutiu com ela sobre sua permanência no Estado. A irmã queria que ela voltasse para sua cidade para que pudessem cuidar dela, mas Maria disse que não voltaria para lá de jeito algum. De lá, dizia que apenas tinha lembranças ruins. Ir para lá seria reviver sua história, deparar-se constantemente com aquilo que tanto se esforçava em negar: sua situação com o sujeito e o lugar que ocupava na família (Binswanger, 2001).

Maria foi internada algumas vezes devido a ideações suicidas, à agressividade e às mudanças de medicamento, pois eles já não faziam o efeito necessário para a interrupção de suas crises, principalmente as de agressividade. Em diversos momentos, mencionou que ouvia vozes de pessoas que a xingavam e uma delas ordenava que se matasse. Entendemos que tal suposto outro é, na verdade, ela mesma na condição de juíza de seus próprios sentimentos. Merleau-Ponty (1942/1975) considera que a alucinação é um fenômeno expressivo da existência, uma conduta expressiva como qualquer manifestação humana. Portanto, apenas pode ser explicada no seu sentido existencial. Assim, no contexto dos atendimentos psicoterápicos em fenomenologia existencial, devem ocorrer o reconhecimento e o acolhimento dos atos expressivos e de sua significação no campo constituído pelo encontro existencial (Campos & Coelho, 2002). Para Boss (1997), a compreensão da alucinação não está baseada na diferenciação entre a percepção de algo real e de algo irreal, mas na maneira como o paciente se encontra e se relaciona com o que se impõe a ele pelo mundo. A alucinação se caracteriza pela intensidade como as coisas ou as pessoas se apresentam, mas, também, pela falta de liberdade em relação a elas. Assim, Boss esclarece que a alucinação sempre contém um sentido de aparecimento e de significado que correspondem ao entendimento possível do paciente em relação a si mesmo e ao que se lhe apresenta do mundo, que não ocorre necessariamente na presença concreta de um estímulo externo. Nas alucinações de Maria, pudemos perceber que elas manifestavam o sentimento de um mundo que a rejeitava, que não a acolhia. Também indicavam sua auto-imagem negativa e, portanto, digna de morte.

Nos últimos atendimentos que acompanhamos, Maria continuava tentando contato com sua filha, que persistia se negando a falar com a mãe. Maria desconfiava que ela já soubesse de toda a verdade. Através de outra irmã, ela confirmou o que temia: uma de suas irmãs contara tudo à filha. Maria ficou bastante preocupada com a filha e sofria, imaginando o quanto devia ser difícil para a filha vivenciar a mesma situação que ela vivera anos antes. Gostaria de estar perto dela para poder conversar e acolhê-la. Achava que sua filha devia estar se sentindo muito sozinha. Entretanto, argumentava que, se a filha

lhe dissera que ela não mais existia, ela não deve mesmo viver. Maria sentia profunda culpa, afirmando que deveria ter gostado mais de sua filha, lhe dado carinho e sido uma boa mãe. Sua vida estava nas mãos da filha, a única que tinha o poder de absolvê-la. Se não o fizesse, Maria se sentia merecedora da morte. Bin (1998) afirma que a morte, para o sujeito *borderline*, é um sintoma, considerado como um dos modos de expressão de sua condição existencial, pois comprehende que só com a morte poderá vir realizar o seu poder ser-aí.

Compreendemos que Maria foi invadida pelos acontecimentos e pelo outro desde o início da sua vida: invadida pela história da mãe biológica com o pai; pela “mãe” que a criou; pelo pai quando não contou a sua origem; pelo marido que não ficou aborrecido com a gravidez e nutria sentimentos de amor por sua filha; e pela filha que lhe impunha a necessidade de revelar a verdade sobre sua história. Todas estas invasões tornaram sua existência adoecida. Ela se percebia como “a outra”, aquela que vive o mundo através do outro. Seu mundo se dividia em dois: antes de tomar conhecimento da verdade sobre sua história e depois disso, ou, ainda, entre não saber e saber. As alucinações de Maria também manifestam tal divisão: culpa e ausência de culpa por ter deixado os filhos; contar e não contar sua história à filha; e morrer e não morrer.

Para Dör (1993), a gênese do adoecimento do sujeito *borderline* encontra-se na unilateralidade, o que significa que ele encaminha o seu projeto de vida em uma direção ou em outra, isto é, numa exclusão das possibilidades e na impossibilidade de seu entrelaçamento. Para Dör, tal unilateralidade acontece no momento do encontro primário com o mundo, ou seja, na infância. Tinha sempre presente um sentimento de culpa por ter nascido. Seu nascimento provocou a morte de sua mãe biológica e, posteriormente, o mal-estar da “mãe” que a criou, a nova mulher de seu pai. O acolhimento e a escolha dela por parte do pai, e, posteriormente, do marido, não eram considerados por ela como atitudes que pudessem redimensionar sua culpa. Desde o início, a relação que estabeleceu com o mundo foi de distanciamento e de desamor, ou seja, de unilateralidade.

Considerações Finais

Na psicoterapia fenomenológico-existencial, o psicoterapeuta busca compreender o sujeito *borderline*, suspendendo o que conhece *a priori* a respeito da doença e considerando o sujeito a partir da sua forma de se expressar no mundo. As formas de expressão e os sintomas são considerados importantes na perspectiva psicopatológica fenomenológica, o que não significa que devam ser determinantes e que, a partir deles, se classifique o sujeito num quadro clínico. O desafio do psicoterapeuta fenomenológico-existencial é compreender o paciente

borderline numa perspectiva antropológica, estando atento aos significados que ele manifesta em sua existência no mundo e como ele se relaciona com a realidade à sua volta. A partir da compreensão fenomenológica existencial, o psicoterapeuta busca, na relação terapêutica com o paciente borderline, construir novos sentidos para sua existência (Bin, 1998).

Tratamos da história de Maria como um conjunto de experiências vividas não apenas no campo inconsciente, mas, fundamentalmente, do modo como ela significava as diversas situações de sua existência. Maria lidava com a relação com a mãe, com a filha e com o pai, negando-os, e assim fez com qualquer outra pessoa com quem estabelecesse vínculo afetivo. Compreendemos que esta é a sua forma de negar a dor por conta da sua necessidade do outro. Maria não conseguia lidar com novas situações, pois não as incorporava às situações do passado. Para Perls (2002), cada nova situação comprehende a agressão e a destruição, pois apenas conseguimos algo novo para incorporar à velha estrutura quando a alteramos. Maria não conseguia “destruir” seu antigo hábito consumado de não estabelecimento de vínculos, ou seja, desenvolveu um apego a uma situação inacabada que, mesmo na ausência de satisfação criativa, lhe proporcionava a certeza de não-aniquilamento. Entendemos que o processo psicoterapêutico de Maria conseguiu estabelecer um vínculo no qual pôde compreender um novo modo de construir suas relações sem ser ameaçada pelo encontro com o outro.

Maria interrompeu seu processo psicoterapêutico depois de um ano e meio. A estagiária que a acompanhava havia terminado o seu período de estágio, mas tentou da maneira menos dolorosa possível, encaminhá-la a uma nova estagiária para que ela não vivesse um novo abandono. Inicialmente, Maria se mostrou resistente, porém, depois de algumas sessões, disse estar disposta a dar continuidade ao processo psicoterapêutico com outra estagiária. No entanto, ao final do processo, Maria avisou que não daria seqüência à psicoterapia naquele momento, pois a pessoa que a apoiava financeiramente, o pai da sua amiga, não mais podia ajudá-la, tornando difícil seu transporte até o SPA. Num primeiro momento, pensamos que poderia ser, mais uma vez, a sua desistência antecipada da relação com o outro e a evitação de se sentir abandonada, mas na sua última sessão, Maria mencionou que havia conversado com uma de suas irmãs por telefone e que decidira visitar a família no seu Estado natal, pois sua irmã bancaria a viagem e era seu desejo retomar algumas situações que havia deixado em aberto: tentar conversar com a filha e resgatar a relação com os demais filhos. Imaginamos que tal atitude tenha sido a forma de Maria buscar restabelecer seu vínculo com a família e que o processo psicoterapêutico fenomenológico-existencial tenha contribuído com sua decisão.

Referências

- Amatuzzi, M. M. (1989). *O resgate da fala autêntica*. Campinas: Papirus.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR* (Cláudia Dornelles, Trad.) (4. ed. rev.). Porto Alegre: ArtMed.
- Bin, Kimura (1998). Fenomenologia da depressão estado-limite. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 11-32.
- Binswanger, L. (2001). Sobre a psicoterapia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(1), 143-166.
- Boss, M. (1997). Análise existencial - Daseinsanalyse. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, 2, 23-35.
- Campos, E. B. V., & Coelho Jr., N. E. (2002). O conceito de alucinação em Merleau-Ponty: aspectos clínicos e patológicos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2, 13-27.
- Cardinali, I. E. (2004). *Daseinsanalyse e esquizofrenia: um estudo na obra de Médard Boss*. São Paulo: EDUC.
- Coelho Jr., N. E. (2001). A superação da dualidade interno/externo nas teorias fenomenológicas de Binswanger e Merleau-Ponty. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(2), 11-17.
- Dör, O. (1993). *Psiquiatria antropológica*. Santiago: Universitária.
- Heidegger (1976). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1927).
- Heidegger, M. (2001). *Seminários de Zollikon* (Medard Boss, Ed.). Petrópolis: Vozes.
- Merleau-Ponty, M. (1975). *A estrutura do comportamento* (Márcia Valeria Martinez de Aguiar, Trad.). Belo Horizonte: Interlivros. (Originalmente publicado em 1942).
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945).
- Minkowski, E. (2000). Breves Reflexões a respeito do sofrimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(4), dez., 156-164.
- Moreira, V. (1994). *Psicoterapia Fenomenológica Existencial: Aspectos Teóricos da Prática Clínica com Foco nas Competências*. Trabalho apresentado em VII Encontro Latino Americano da Abordagem Centrada na Pessoa, Maragogi, Alagoas, Brasil.
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: hacia una psicoterapia fenomenológica*. Santiago: Editorial Universidad de Santiago de Chile.
- Moreira, V. (2004). A fenomenologia de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 17(3), 447-456.

Moreira, V.; Sloan, T. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.

Nunes, B. (2001). A questão do outro em Heidegger. *Natureza Humana: Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas*, São Paulo, 3(1), jan.-jun., 51-59.

Organização Mundial de Saúde - OMS (2003). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* (Dorgival Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pereira, Mario Eduardo Costa (2001). Sobre os fundamentos da psicoterapia de base analítico-existencial, segundo Ludwig Binswanger. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(1), 137-142.

Perls, F. (2002). *Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud*. São Paulo: Summus.

Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1997). *Gestalt-terapia*. (F. R. Ribeiro, Trad.). São Paulo: Summus.

Sapienza, B. T. (2004). *Conversa sobre terapia*. São Paulo: EDUC/Paulus.

Yontef, G. M. (1998). *Processo, diálogo e awareness*. São Paulo: Summus.

Anna Karynne da Silva Melo - Psicóloga, Mestre em Psicologia, Especialista em Filosofia e Epistemologia da Psicologia e Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pesquisadora e Co-Coordenadora do Laboratório de Psicopatologia e Psicoterapia Fenomenológica Crítica (APHETO). Endereço Institucional: Universidade de Fortaleza, Diretoria do Centro de Ciências Humanas (Psicologia). Av. Washington Soares, 1321 (Bairro Edson Queiroz). CEP 60811-341 (Fortaleza/CE). Email: karynnemelo@unifor.br

Georges Daniel Janja Bloc Boris - Psicólogo, Mestre em Educação e Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor Titular do Curso de Psicologia e do Mestrado em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Coordenador do Núcleo de Estudos das Relações de Gênero (NUGEN) e do Núcleo de Pesquisas e Práticas em Processos Grupais (NUPEG), associados ao Laboratório de Psicopatologia e Psicoterapia Fenomenológica Crítica (APHETO), do qual é um dos Coordenadores. Endereço Institucional: Universidade de Fortaleza, Diretoria do Centro de Ciências Humanas (Psicologia). Av. Washington Soares, 1321 (Bairro Edson Queiroz). CEP 60811-341 (Fortaleza/CE). Email: geoboris@uol.com.br

Violeta Stoltenborg - Psicóloga pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Email: violeta.stoltenborg@oi.com.br

Recebido em 11.05.09
Aceito em 19.09.09