



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O TERAPEUTA NA CLÍNICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE:
PARTICULARIDADES E VIVÊNCIAS**

Luciana Stoimenoff Brito

Brasília, julho de 2011



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O TERAPEUTA NA CLÍNICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE:
PARTICULARIDADES E VIVÊNCIAS**

Luciana stoimenoff Brito

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília, julho de 2011

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Presidente
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Elsa Oliveira Dias - Membro
PUC – São Paulo

Profa. Dra. Valeska Zanello - Membro
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri - Suplente
Universidade de Brasília

Brasília, Julho de 2011

AGRADECIMENTOS

Me disseram um dia que agradecimentos são diferentes de dedicatórias, não vou fazer delongas sobre as diferenças entre um e outra. Reservo aqui meu espaço mais poético e menos acadêmico para dizer a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação de mestrado o meu mais sincero ‘obrigada’!

À Deus e meus anjos da guarda. Obrigada!

Aos meus pais Murilo e Lídia pelo apoio incondicional, por terem apostado em mim e por me permitirem seguir com meus próprios pés.

Ao meu irmão Victor, pelas discussões polêmicas e intermináveis e minha irmã Júlia por se interessar pelo que eu faço e me ouvir com ouvidos atentos.

Ao meu orientador Ileno Izídio e ao GIPSI por terem me ensinado a prática clínica que eu acredito, onde cuidado, presença e humanidade são fundamentais. Sem vocês esta dissertação não seria possível!

Aos psicólogos que aceitaram participar da pesquisa. Muito obrigada!

Aos amigos Gipsianos Cleuser, Enrique, Maria, Marina e Maviane meu agradecimento mais que especial! Obrigada por participarem desse processo e se preocuparem comigo. É bom saber que não estou sozinha!

Aos meus companheiros de Mestrado Nadja e Cássio, obrigada pelas conversas, discussões, confidências, enfim, por estarem presentes e atentos.

Aos meus amigos da Anis Wederson, Júlia, Miryam, Vanessa, Fabiana e Debora Diniz, vocês foram fundamentais na finalização desse processo! Obrigada!

Ao Vínicius pelo encontro... e pela cumplicidade, lealdade e cuidado. Pela importância de estar ao meu lado nessa reta final. Obrigada.

Às minhas amigas-irmãs Carlinhos, Roberta, Naomi, Vanessa, Taisa, Mariana, Letícia, Talita e Helena. Agradeço pela compreensão sobre as ausências e pelas distrações, sei que com vocês nunca estarei só! Obrigada por existirem!

Aos membros da Banca, professoras Dra. Elsa Oliveira Dias, Dra. Valeska Zanello, Dra. Izabel Taffuri e Dr. Ileno Izídio. Obrigada!

À Capes pelo apoio financeiro.

Sumário

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	2
1. LUGAR E FUNÇÃO DO ANALISTA DENTRO DA TEORIA PSICANALÍTICA: DOS CLÁSSICOS AOS CONTEMPORÂNEOS.....	6
1.1 Freud e Ferenczi: aproximações e distanciamentos teóricos.....	6
1.2 Winnicott: novas possibilidades.....	13
1.3 O cuidar-curar	21
1.4 Contemporâneos: novas (re)leituras.....	23
2. O LUGAR DO TERAPEUTA NA CLÍNICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: UMA RELEITURA SOBRE O TRADICIONAL	26
2.1 Sofrimento psíquico grave e crise do tipo psicótica – revendo paradigmas.....	26
2.2 Freud, Ferenczi e Winnicott: analisando um percurso na teoria psicanalítica	27
2.3 – Empatia: acesso ao lugar de alteridade.....	35
2.4 Lugar do terapeuta.....	37
3. MÉTODO.....	41
3.1 Procedimentos para coleta de dados:	42
3.2 Procedimentos para análise das entrevistas:.....	44
3.3 Etapas da análise:	45
3.4 Considerações Éticas:.....	47
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
4.1 – Particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave:	49
4.1.1 Do trabalho e atuação do terapeuta:	49
4.1.2 Limitações dessa prática clínica:	53
4.2 Vivências experimentadas pelo terapeuta no trabalho clínico:	59
4.2.1 Mal sucedidas:.....	59
4.2.2 Lugares ocupados pelo terapeuta:	66
4.3 Estratégias para lidar com as particularidades	70
4.3.1 Positivas:	70
4.3.2 Negativas:.....	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS.....	93

“Quanto mais trabalho, mais me convenço da importância da implicação do analista no processo de análise e mais julgo necessário pensarmos nisto, pois tudo aquilo que pertence ao plano do sensível, aos ‘sentires’ e ao vínculo, não deve, no entanto, permanecer numa nebulosa do indizível. Não se trata do impensável.”

Radmila Zygoris, 2003

Stoimenoff, Luciana (2011). O Terapeuta na Clínica do Sofrimento Psíquico Grave: particularidades e vivências. Dissertação de Mestrado, Brasília, Universidade de Brasília

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal investigar e descrever as vivências experimentadas pelo terapeuta que trabalha na clínica do sofrimento psíquico grave, bem como apontar de que maneira a vivência desses profissionais dialoga com a teoria clínica das psicoses, especialmente a teoria winnicottiana. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com oito terapeutas que atuam na clínica do sofrimento psíquico grave. Para a análise das narrativas utilizamos a análise de conteúdo com amparo da teoria fundamentada. Além disso, nos apoiamos na teoria psicanalítica, prioritariamente as teorias de Winnicott, para a interpretação dos dados e discussão. A partir dos resultados foram construídas três categorias: Particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave; Vivências experimentadas pelo terapeuta no trabalho clínico; Estratégias para lidar com as particularidades. Todas as características apontadas pelos participantes envolviam diretamente a pessoa do terapeuta, seja enquanto peculiaridade técnica e de atuação profissional ou enquanto particularidades na característica dos afetos/sentimentos e vínculos envolvidos na relação terapeuta/paciente. Os terapeutas, em seu discurso, se colocam como diretamente e pessoalmente implicados no processo terapêutico do sujeito nessa especificidade clínica. No relato dos participantes sobre as características dessa clínica, estes apontam sobre a inexistência de manuais ou regras estabelecidas. Onde, apenas o estudo de técnicas não garante boas intervenções. Todos os participantes apontam estratégias para lidar com o próprio sofrimento mobilizado nessa especificidade clínica. A maioria dessas estratégias envolve buscas para a elaboração desses sentimentos, bem como a compreensão e delimitação dos próprios limites. Durante a entrevista, os terapeutas apontaram, em diversos momentos, questões sobre identificações pessoais e processos empáticos em relação aos pacientes. A identificação empática é citada como uma forma de compreensão do terapeuta sobre a dor do sujeito atendido por ele. Por meio da empatia há uma compreensão ontológica e existencial sobre o sofrimento do outro. Todos os terapeutas reconhecem limites para a prática dessa clínica. As limitações envolvem três principais esferas: limites do terapeuta, que são entendidos pelos participantes como impotência; limites para o estabelecimento de vínculo e limites de intervenção sobre o paciente, aqui observamos que esse limite está muito relacionado ao desejo do terapeuta. Ou seja, quanto maiores são suas expectativas, mais limites encontrarão para a prática clínica. Os participantes apontaram compreensões sobre lugares ocupados pelo terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave. Estas dizem respeito principalmente ao lugar dentro vínculo estabelecido, e no encontro sensível entre paciente e terapeuta. A disponibilidade afetiva do terapeuta se mostra tão intensa, que em alguns momentos observamos o compartilhamento do próprio sofrimento humano. Aqui se mostra um paradigma do terapeuta enquanto aquele que reconhece a importância do uso de sua singularidade na clínica. Ou seja, é pela presença de um outro significativo, no caso o terapeuta, que o paciente se faz existir no mundo.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico grave; Psicoterapeuta; Clínica; Winnicott

ABSTRACT

This study aimed at investigating and describing the experiences lived by a therapist who works at serious psychic suffering, and to identify how these professional dialogues with the clinical theory of psychosis, especially Winnicott's. Individual interviews were performed with eight therapists working in clinical severe psychological distress. It was used to support the theory based the analysis of narrative content. In addition, we rely on psychoanalytic theory, mainly the theories of Winnicott, for data interpretation and discussion. It was raised three categories by the results: Peculiarities of clinical serious psychic suffering; Experiences lived by a therapists in clinical work, strategies for dealing with the particularities. All the characteristics identified by participants were related directly with the therapist, as peculiar technique of the professional work or in the particular characteristic of the affections/feelings and others relationship between therapist and patient. Therapist, in his speech, see themselves as directly and personally involved in the therapeutic process of the subject in this clinical specificity, however, they pointed about the absence of guidelines or rules established in this clinical and only the study of technical assistance does not guarantee good treatment. All participants indicated strategies to deal with their own suffering in this clinical specificity. Most of these approaches involve searching for the feelings elaboration, as well as understanding their own limits and boundaries. During the interview, therapists indicated reflexions about personal identification processes and empathic towards patients. The empathic identification is mentioned as a way of the therapist understanding about the pain of the subject treated by him. There is an ontological and existential understanding about the suffering of others by means empathy. All therapist recognize limits to the practice of this clinic. The limitation involves three major sets: limitations of the therapist, that are understood by participants as impotence; limits for the establishment of relationship and limits of intervention on the patient, it was observed here that this limit is closely related to the desire of the therapist. In other words, the higher their expectations are, most will find limits for clinical practice. The participants pointed out understandings of the therapist place in the clinic severe psychological distress. These relate mainly to the bond formed, and the sensitive meeting between patient and therapist. The therapist's emotional availability proved so intense that, sometimes, it was observed the share of human suffering itself. Here it was shown a paradigm of the therapist who recognizes the importance of using their uniqueness in the clinic. Namely, it is the presence of another significant (the therapist) that the patient does exist in the world.

Keywords: serious psychic suffering, Psychotherapist, Clinic, Winnicott

INTRODUÇÃO

“Mas nada é muito nítido nos assuntos humanos; e quem poderia dizer onde é que termina a saúde e se inicia a doença?” (Winnicott, 1967)

Faço parte do grupo GIPSI – Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – sob supervisão do professor Dr. Ileno Izído da Costa, localizado no Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Departamento de Psicologia Clínica da UnB. Aqui se deu início o meu percurso na clínica do sofrimento psíquico grave, ainda na graduação, como auxiliar de pesquisa. Nesse ínterim, observava as supervisões e já me deparava com as falas dos terapeutas que atendiam na época. Muitas dessas falas estavam carregadas de afetividade e, em alguns momentos, angústia. Percebi que os terapeutas estavam diretamente implicados em cada caso que acompanhavam. Quando iniciei o estágio clínico e, em consequência, os atendimentos e acompanhamentos da clientela, me deparei com algumas peculiaridades, limitações e desafios para a prática dessa particularidade clínica.

As regras técnicas reconhecidamente clássicas para a prática psicoterapêutica encontram limites ao se deparar com sujeitos em sofrimento psíquico grave, ou em crise do tipo psicótica. Assim como Green (1988), entendo que uma das principais contradições que o psicoterapeuta hoje enfrenta é a necessidade (e a dificuldade) de fazer com que um conjunto de interpretações coexista e se harmonizem com a experiência clínica e com a teoria dos últimos anos. Desse modo, “a proposição de que a percepção de mudança que hoje está se iniciando é a de uma *mudança dentro do analista*” (p.39).

Assim, comecei a me questionar sobre quais os lugares ocupados pelo terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave, bem como, de que modo essas vivências são experimentadas pelo profissional. Safra (2004) aponta que a situação transferencial ocorre, em registro ontológico, em *comunidade de destino*, ou seja, isso ocorre

quando nos posicionamos solidariamente com nosso paciente frente às grandes questões existenciais peculiares ao destino humano: a instabilidade, a necessidade do outro, a ignorância frente ao futuro, o sofrimento decorrente do viver, a incompletude da condição humana, a solidão essencial, a mortalidade, entre outras” (p. 73)

Apesar disso, acredito que falar sobre sofrimento psíquico não é uma tarefa fácil, pois muitas questões envolvem a complexidade da dor humana. Discutir sobre causalidades, criar categorias ou definir faixas de gravidade nada mais é do que um reducionismo que pouco ou nada ajudam na compreensão desse sofrimento. Também considero desafiador falar sobre a dor e o lugar dos que cuidam, mas não estou me referindo à dor existencial, me refiro aqui às vivências ligadas ao lugar de terapeuta, lugar esse de grandes responsabilidades e delegações, sejam elas teóricas, práticas ou de cobranças e expectativas internas do profissional.

Foi a partir da experiência de meus colegas, da minha enquanto terapeuta iniciante, e de leituras teóricas, que comecei a refletir sobre o trabalho do terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave. Novamente com Green (1988), acredito que o analista/terapeuta não pode fazer nada em seu esforço de se comunicar, além de mostrar aquilo que ele compreende. Essa compreensão se dará por meio de sua experiência subjetiva, sobre o efeito nele daquilo que o paciente lhe conta. Desse modo, ele não pode alegar uma objetividade absoluta em seu escutar.

Para Safra (2004) o sofrimento refere-se a algo para além do psíquico, ele é constitutivo e existencial. Ainda segundo este autor, a ação, o *holding*, posicionam o profissional em outro registro, para ser possível uma escuta do que é apresentado. Ou

seja, diante do exposto entendo que o terapeuta deve ocupar um lugar de cuidado, onde sua condição humana jamais deverá ser esquecida. Nessa posição o terapeuta deixa a função de essencialmente intérprete, para assumir um manejo clínico, cujo objetivo é o cuidado com o sofrimento e o cuidado em acompanhar àquele que sofre.

Por isso consideramos de suma importância o estudo que esta dissertação tem por objetivo. Ou seja, investigar e descrever as vivências experimentadas pelo terapeuta que trabalha na clínica do sofrimento psíquico grave, bem como apontar de que maneira a vivência dos profissionais dialoga com a teoria clínica das psicoses, especialmente a teoria winnicottiana. Como objetivos específicos este estudo propõe:

- Descrever as particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave apontadas pelos participantes;
- Analisar as narrativas dos terapeutas a respeito de suas vivências na clínica do sofrimento psíquico grave;
- Levantar as estratégias utilizadas pelos profissionais para lidar com as particularidades dessa clínica;

Logo abordaremos nesta dissertação o que se segue;

O capítulo 1 discute a função do analista dentro da teoria psicanalítica clássica e contemporânea, bem como, levanta construções teóricas sobre a técnica do trabalho analítico do terapeuta;

O capítulo 2 explora sobre o lugar do terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave e as novas releituras da teoria psicanalítica decorrentes dessa modalidade clínica.

O capítulo 3 traz a metodologia utilizada na coleta e análise de dados dessa pesquisa, bem como os procedimentos éticos seguidos.

O capítulo 4 apresenta e discute à luz da teoria psicanalítica – principalmente a winnicottiana - trechos das narrativas dos terapeutas classificadas em 3 (três) categorias.

Por fim, trazemos nas considerações finais as reflexões a partir dos dados obtidos nesse estudo, bem como as limitações da presente pesquisa e sugestões para estudos futuros no campo da atuação do terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave.

1. LUGAR E FUNÇÃO DO ANALISTA DENTRO DA TEORIA PSICANALÍTICA: DOS CLÁSSICOS AOS CONTEMPORÂNEOS

"Ninguém que evoca os mais malignos demônios que habitam o peito humano e procura combatê-los pode esperar sair incólume dessa luta" (Freud, Caso Dora, p.106)

Falar sobre a função e os lugares ocupados pelo terapeuta na clínica psicanalítica não é, por certo, tarefa fácil. Acreditamos que essa dificuldade se deve principalmente ao fato de que quando falamos a respeito dessas questões estamos diretamente implicados. Já que, normalmente são os próprios terapeutas – nós - que falamos a respeito de nossas próprias atuações.

1.1 Freud e Ferenczi: aproximações e distanciamentos teóricos

Consideramos importante começar pelo trabalho de Freud e Breuer (1893-1895/2006) “Estudos sobre a Histeria”, que é, a nosso ver, onde se inicia a sistematização da prática clínica na teoria psicanalítica. Apesar do desenvolvimento posterior a respeito da técnica, na descrição do método catártico, muito dos conceitos referidos naquele trabalho, vão constituir mais tarde o delineamento do método psicanalítico. Podemos observar nesse texto uma primeira ênfase na relação analista e paciente. Aqui, Freud não se restringe a descrever apenas o paciente no tratamento catártico, mas também são discutidos o papel do analista e os afetos nos quais ele se vê submetido. Uma pré-condição para o profissional realizar o tratamento era ele ter um “interesse pessoal” (p. 321) em relação ao paciente. Além disso, o analista precisaria necessariamente se simpatizar¹ com ele. No processo de análise deveria haver uma condição fundamental para que o médico tivesse disposições afetivas positivas em relação ao paciente: “Não posso me imaginar mergulhado no psiquismo de uma histeria

¹ A *Standart Edition* traduziu somente três das doze citações de *Einfühlung* como “empatia” e nunca traduziu o verbo *ein fühlen*, que aparece oito vezes, como “empatizar” (Pigmann, 1995).

de alguém que tenha me impressionado como grosseiro e repelente.” (Freud, 1985/2006, p.321).

Foi no caso Dora (1905/2006) que Freud pela primeira vez traz a noção de transferência. Nesse trabalho, o autor considera que a figura do analista oferece à transferência solo fértil para se depositar, a partir das particularidades e de sua presença na cena analítica (Antonelli, 2006). A transferência à primeira vista aparece como um obstáculo que precisa ser “dissolvido”, aos poucos; porém, vai revelando a qualidade do sofrimento ou da repressão que ela precisa ocultar (Antonelli). Assim, pela necessidade de se contemplar também os sentimentos do analista, a contratransferência vai entrando em cena à medida que o conhecimento dos mecanismos inconscientes vai ganhando espaço na prática clínica.

Em seu texto de 1912, Freud enfatiza a importância de aplicar uma técnica não apenas ao paciente (que é o objeto da ação terapêutica), mas também aplicar uma determinada técnica à subjetividade do próprio analista. Nesse raciocínio, afirma que a atenção do analista durante a análise não deve mais funcionar de modo comum, e sim uma atenção qualitativamente guiada, ou seja, uma exigência para que os analistas mantenham uma “atenção uniformemente suspensa” que não seja seletiva ao material do paciente. Essa posição do analista é diferente do seu funcionamento subjetivo cotidiano. Assim, Freud reflete uma posição em que o analista consegue tirar de campo os seus preconceitos e expectativas. No entanto, a atenção flutuante é entendida por Andrade (2009) como uma passagem que se abre no espaço analítico para a manifestação dos afetos do analista.

Em síntese, podemos entender que essa exclusão e controle de parte da subjetividade do profissional estaria diretamente relacionada à atenção flutuante por parte do analista, um tipo de memória inconsciente. O analista seria o responsável por

sua própria perturbação, pois segundo Freud (1912/2006) é ele quem tem o poder de abrir ou de fechar certas portas em si mesmo. Nesta citação podemos entender a contratransferência como aquilo que deve ser evitada no conteúdo mental do analista: “Equívocos neste processo de recordação ocorrem apenas em ocasiões e lugares em que nos achamos perturbados por alguma consideração pessoal – isto é, quando se caiu seriamente abaixo do padrão de um analista ideal” (Freud, 1912, p. 126).

Devido à regra da atenção flutuante, essa capacidade para a transmissão inconsciente entre analista e paciente, se daria sem maiores problemas:

Ele [o analista] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente. (Freud, 1912, p. 154)

A exigência de Freud no sentido de que a atenção do analista se mantenha flutuante, em contrapartida à regra de associação livre para o paciente, é discutida por Andrade (2009) como contrária as regras técnicas da própria situação analítica proposta inicialmente pelo autor. Estas ‘novas’ regras, segundo Andrade, acabam dando margem à emergência dos afetos (diferente, por exemplo, da posição metafórica do analista-cirurgião ou do entendimento comum sobre a regra da abstinência). Freud (1911/2006) sugere que na atenção flutuante o analista abandone suas intenções conscientes durante o tratamento, para utilizar sua orientação inconsciente na condução da análise.

Andrade (2009) ainda debate que a possibilidade de o analista direcionar seu próprio inconsciente para o inconsciente do paciente implica que este renuncie ao controle de si. O inconsciente do analista aparece, nesse momento, como um meio privilegiado de acesso ao material inconsciente do paciente.

Freud (1910/2006) escreve que a contratransferência é importante, pois ela deve ser minuciosamente trabalhada em auto-análise para ser superada posteriormente pelo analista. Havia um entendimento de que o espaço do analisando deveria ser respeitado e priorizado, com uma delimitação e certa demarcação, outro espaço deveria ser construído para o analista. No entanto, vou ao encontro das idéias de Bessoni (2008), onde este afirma que, freqüentemente, em função da dinâmica do inconsciente, não há espaço-tempo suficiente para objetivar a análise do resultado e excluí-lo, no momento em que emerge, tendo a contratransferência, então, um aspecto imperativo.

Heimann (1949/1995) interpreta que a exigência de Freud de que o analista deve “reconhecer e dominar” sua contratransferência não conduz à conclusão de que a contratransferência é um fator de perturbação e que o analista deve abster-se de senti-la e prescindir dela, e sim, que deve utilizar sua própria resposta emocional como uma chave para o inconsciente do paciente. Isso, segundo a autora, protegerá o analista de entrar como coadjuvante na cena que o paciente repete na relação analítica, e de explorá-la segundo suas próprias necessidades. Ainda segundo Heimann (idem), as emoções despertadas no analista só terão valor para seu paciente se utilizadas como uma fonte a mais de *insight* a respeito dos conflitos e defesas do mesmo.

É principalmente a partir de Heimann (1949/1995), que o entendimento da contratransferência como elemento indesejado deixa de existir. A contratransferência entra em cena e se transforma como parte integrante do processo de tratamento. Mas ainda aqui, podemos observar o fenômeno contratransferencial sendo concebido como uma reação afetiva do psicanalista aos afetos que o paciente experimenta na relação transferencial. Ou seja, o analista funciona como uma espécie de “tabula rasa, cuja neutralidade permitiria transformar, imediatamente, o modo como é afetado em saber sobre o funcionamento psíquico do analisando” (Kupermann, 2008, p.132). A questão

de um encontro clínico propriamente dito ainda não existe sob essa ótica, aqui o analista ainda se encontra com a noção de neutralidade.

Encontramos na obra de Ferenczi (1873-1933/1992) uma grande contribuição para a discussão a respeito da pessoa do analista, embora esta tenha retornado anos depois de seus escritos. Dessa maneira, as maiores discussões teóricas e técnicas a respeito dessa temática vieram anos mais tarde, após a morte de Freud e Ferenczi.

Podemos observar que Ferenczi (1928/1992) partiu do pressuposto de que se o analista pode colocar-se em posição de captar e decodificar as mensagens transmitidas pelo inconsciente de seu paciente, talvez também fosse possível pensar que o paciente pudesse fazê-lo em relação ao seu terapeuta. Dessa maneira, o autor percebeu a necessidade de uma franqueza e autenticidade por parte do analista para a obtenção de bons resultados terapêuticos com seus pacientes. Em 1933 ele escreve: “Cheguei pouco a pouco à convicção de que os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e antipatias do analista, mesmo quando este está inteiramente inconsciente disso...” (Ferenczi, 1933, p. 98)

Em seu texto de 1919, Ferenczi explica como o analista, mesmo tendo se submetido a uma análise profunda deve fazer uso da sua contratransferência. Ele considerava como contratransferência absolutamente tudo o que se passasse do lado do analista, incluindo tanto obstáculos como os instrumentos para a análise. Dessa maneira a contratransferência deveria ser examinada e compreendida analiticamente. Ao falar sobre o controle da contratransferência, coloca esta no sentido de o analista manter-se constantemente em contato com os afetos e pensamentos que lhe ocorram em relação aos seus pacientes. Ferenczi ainda nos traz que se o psicanalista controlar em demasia a contratransferência, ele poderia se tornar “excessivamente duro e inacessível ao

paciente; o que retardaria ou mesmo tornaria impossível o surgimento da transferência.” (p.366).

Kupermann (2008), ao fazer uma reflexão sobre a obra de Ferenczi, expõe que a contratransferência abrangeria tanto a expressão dos afetos advindos dos próprios investimentos transferenciais do psicanalista quanto à “resistências e os pontos cegos” (p. 133) provocados pela força dos afetos a ele endereçados. Além disso, também abrangeria a expressão de afetos inéditos suscitados no encontro analítico.

Ferenczi (1927/28/1992) fala sobre a importância do *tato* psicológico na relação analítica. Ele atribui à palavra *tato* a faculdade de “sentir com” (*Einfühlung*), ou seja, a empatia. Saber como e quando se comunica algo ao paciente, em que forma a comunicação deve ser apresentada em cada caso, quando se deve calar ou em que momentos o silêncio é uma tortura para o paciente são alguns exemplos desse tipo de compreensão analítica. Aqui podemos observar que a aposta principal do trabalho analítico agora recai no sentido de um encontro sensível - estabelecido na transferência entre paciente e analista. Assim, a associação livre, a interpretação e o princípio de abstinência passam a ter uma importância secundária.

Uma atitude autoritária ou confiança excessiva na teoria é visto por Ferenczi (1927/28/1992) como extremamente nocivo para o bom andamento do tratamento. Segundo o autor, a confiança na teoria deve ser apenas condicional, pois existem episódios de exceções à regra, ou até uma necessidade de modificação teórica a depender do caso. Aqui, Ferenczi introduz o conceito de “elasticidade da técnica analítica”, onde:

É necessário, como uma tira elástica, ceder às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada. (Ferenczi, 1927/28, p. 31-32)

Assim, a regra do “sentir com” novamente se faz presente, pois o curso da análise depende diretamente da relação estabelecida entre analista e paciente, além de uma maior sensibilidade do primeiro em relação ao último. É importante, no entanto, se atentar para o fato de que esse “sentir com” não deve subestimar a apreciação consciente da situação dinâmica. O terapeuta deve se colocar no diapasão do doente, e sentir com ele, mas, além disso, também deve se ater à posição ditada pela experiência analítica (Ferenczi, 1927/28/1992).

Ferenczi utiliza a *empatia* enquanto ferramenta clínica, e é o primeiro analista a relacionar o termo diretamente com a técnica psicanalítica (Pigman, 1995). Dessa maneira, a presença sensível do analista torna-se parte importante na relação analítica. Os processos psíquicos e de simbolização do analista participam da sessão.

Kohut (1959 apud Pigman, 1995) traz a empatia como um fator imprescindível para que o terapeuta entre em contato com os conteúdos psíquicos do paciente. Pimentel e Coelho Júnior (2009) afirmam que ao Kohut postular a empatia como método de observação, este procura dar à psicanálise um caráter científico. Dessa maneira o autor se esforça para legitimar o fenômeno da empatia como modalidade de escuta terapêutica.

Kupermann (2008) reflete que esse resgate da afetividade no espaço analítico promove tal proximidade entre os atores envolvidos na experiência clínica, que termina por colocar em xeque a associação anteriormente sugerida por Freud (1937/2006) entre o lugar do analista e o de um ‘substituto paterno’. Assim,

O “diálogo psicanalítico” deixava, assim, de ser caracterizado pela busca de *insight* através da interpretação esclarecedora do psicanalista, privilegiando-se uma vez mais o encontro afetivo que se impunha, desde os primórdios da experiência psicanalítica, como a condição para a produção de sentido. (Kupermann, 2008, p.120)

Assim, observamos que o encontro afetivo entre terapeuta e paciente é de suma importância para o bom andamento do trabalho clínico. A empatia, aos poucos, passa a ser entendida como um dos fenômenos essenciais da relação terapêutica.

1.2 Winnicott: novas possibilidades

Seguindo muitos dos pressupostos freudianos, Winnicott contribuiu extensivamente para a compreensão da função do terapeuta na prática clínica psicanalítica. Apesar de o autor utilizar poucas vezes conceitos como o da contratransferência, ao longo de toda sua teoria discute a respeito da importância relacional entre paciente e terapeuta, bem como o valor do encontro afetivo na prática clínica entre os atores envolvidos.

Como é bem sabido, dentro da teoria winnicottiana, o ambiente ocupa um espaço de grande importância. Winnicott descreve, ao longo de sua trajetória, uma proposição a respeito do amadurecimento, ou em outras palavras, do desenvolvimento emocional humano. Essa teoria aborda a história do relacionamento individual da criança, incluindo o seu meio-ambiente (Winnicott, 1971b/2000). Ou seja, é uma história, que além de compreender o desenvolvimento emocional do bebê, vai também tentar compreender o desenvolvimento emocional de seu cuidador, seu ambiente facilitador – a mãe como “ambiente suficientemente bom”. O termo suficiente é aqui empregado, pois estamos retratando o comportamento humano, que por ser humano, nunca será mecanicamente perfeito. É importante enfatizar que aqui, é o ambiente que se adapta às necessidades do bebê (Winnicott, 1896-1971, 1963b, 1971) desde o início do seu processo de amadurecimento.

Winnicott (1971/1975) nos alerta para o fato de que nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, “um papel vital é desempenhado pelo

meio ambiente, mesmo porque, aqui, o bebê ainda não se separou de si mesmo” (p.153). Se ninguém está ali para ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada. É importante acrescentar que, de maneira resumida, a função ambiental envolve: o segurar, o manejar, a apresentação de objetos (Winnicott, 1963/2005). Ou seja, a palavra “ambiente” é entendida tanto como as condições físicas, quanto como as condições psicológicas necessárias ao amadurecimento emocional do ser humano. Um tema importante trazido na obra winnicottiana, e que se refere diretamente a essa questão, é o *de ambiente facilitador*. Em um ambiente desse tipo, o indivíduo passa por um desenvolvimento que foi classificado pelo autor como *integrador*, onde há a *personalização* e, posteriormente, o relacionamento *objetal*. Winnicott (1970/1996) diz que este ambiente inicialmente deve ser uma descrição dos cuidados que o pai e a mãe dispensam, e da função da família.

A adaptação da mãe à necessidade do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa que corresponde à sua capacidade de criar. Há uma superposição entre o que a mãe fornece e o que o bebê é capaz de conceber, também entendida como *criatividade originária* (Winnicott, 1951/2000). Ou seja, há uma ilusão de onipotência por parte do bebê, e faz-se necessário que exista uma manutenção dessa ilusão. Em outras palavras, é importante que a mãe permita ao bebê a ilusão de que é ele quem cria o que necessita. No entanto, esse ambiente é paradoxal, pois este faz parte do bebê num determinado momento, ao mesmo tempo em que se encontra fora dele. Daí ele ser tão importante – se o ambiente não for suficientemente bom, o próprio *self* do bebê também não será. Aqui ainda não há relação *objetal* propriamente dita: não há intercâmbio entre a mãe e o bebê. Psicologicamente o bebê mama num seio que é parte dele mesmo. A idéia de intercâmbio baseia-se na *ilusão*. Winnicott (1951/2000) ainda afirma que: “pode-se dizer que a questão da ilusão é

inerente ao ser humano e nenhum indivíduo a resolve jamais, ainda que uma compreensão teórica possa levar a uma solução teórica” (p. 329).

Dessa maneira, o primeiro aspecto do ambiente reside no fato de que este não é percebido pelo bebê inicialmente como algo externo. Podemos observar essa conclusão numa pergunta elaborada por Winnicott em *O Brincar e a Realidade* (1971/1975): “O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro, que normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo” (p.154). A externalidade só é percebida pelo bebê à medida que o seu processo de maturação possibilita esse recurso, e isso só pode acontecer pela facilitação proporcionada pelo ambiente. Dessa maneira, Winnicott (1971/1975) sugere que aos poucos o bebê se acostuma à idéia de que, quando olha, o que é visto é o rosto mãe. Assim, pode-se concluir que existe uma importância na adaptação da mãe às necessidades do bebê e, aos poucos, uma desadaptação progressiva. Essa desadaptação se dá de acordo com a capacidade do bebê de lidar de modo cada vez mais crescente com as falhas da mãe (Winnicott, 1951/2000). No entanto, o mesmo ainda afirma que há conseqüências quando o bebê tem uma longa experiência de não receber de volta o que está dando. A capacidade criativa da criança começa a atrofiar, ou a criança procura outros meios de obter algo de si mesmo de volta, a partir do ambiente.

Araújo (2006) afirma que desde muito cedo, Winnicott já verificava que, ao se estudar o adoecimento psíquico de uma pessoa, o curso da enfermidade ficaria compreensível como uma expressão das dificuldades próprias da vida, sejam essas tendências herdadas, da influência do ambiente ou uma interação de ambas. Dessa maneira, não é mais possível pensar o trabalho com o indivíduo de maneira isolada, ou estudar a etiologia de uma doença tendo como objeto de estudo apenas o sujeito afetado pela doença. Faz-se necessário empreender também um estudo de seu ambiente, para

compreender a natureza do problema e desenvolver um trabalho que possa realmente alterar as condições emocionais da pessoa em tratamento (Araújo, 2007).

Sendo o bebê no início de sua vida totalmente dependente, é importante que a mãe promova um ambiente suficientemente bom para o bebê. Para que isso ocorra nesse momento inicial é necessária a existência de o que Winnicott (1956/2000) denominou como sendo a *preocupação materna primária*,

onde gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães recordam depois que o ultrapassaram. A memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (p. 401).

Winnicott (1956/2000) ainda afirma que não é possível compreender o funcionamento da mãe no início da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada e recuperar-se dele, ele descreve esse estado como uma *doença normal*. Segundo ele, esse estado seria a capacidade da mãe que lhe possibilitaria a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos.

Se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa às necessidade do bebê, a linha de vida da criança é perturbada muito pouco por reações de intrusão. As intrusões podem gerar ameaças de aniquilamento, sendo estas mais primitivas que a frustração (Winnicott, 1956/2000). Winnicott ainda afirma que, se essa invasão excede a capacidade já desenvolvida pelo bebê para lidar com ela, o bebê não consegue restabelecer a sua continuidade de ser.

Winnicott (1962/2008) considera os graus de dependência em uma série. Segundo ele, na fase de dependência extrema as condições precisam ser suficientemente boas para que o lactente inicie o seu desenvolvimento inato. Uma falha ambiental nessa

fase pode acarretar esquizofrenia infantil ou o que o autor chama de predisposição a doença mental hospitalizável. Ou seja, a provisão ambiental suficientemente boa tende a prevenir a doença esquizofrênica ou psicótica, no entanto, o autor alerta que apesar do melhor cuidado do mundo a criança, ainda assim estaria sujeita, “aos distúrbios associados aos conflitos da vida instintiva” (p.65). É importante salientar que é a tendência inata à integração e ao crescimento, e não a provisão ambiental, que produz saúde (Winnicott, 1962/2008).

Os objetos cumprem uma função primordial dentro da teoria winnicottiana. Aqui há uma importante diferença entre a *relação* e o *uso* de objetos por parte de um indivíduo. Na relação com objetos, podemos entender o sujeito como algo isolado. Já para o uso de objetos, Winnicott (1968/2005) toma o relacionar-se com objetos como certo, e adiciona novos aspectos. Ainda segundo o autor, para que esse uso ocorra, o objeto deve ser real, no sentido de fazer parte da realidade partilhada, e não ser um feixe de projeções. Ou seja, o objeto passa a se situar fora da sua área de controle onipotente. No entanto, é necessário que o sujeito desenvolva uma capacidade de usar objetos. Essa capacidade é outro exemplo do processo maturacional como algo que depende de um meio ambiente facilitador (Winnicott, 1968/2005).

É importante explicitar que a mudança do relacionar-se para o uso, significa que o sujeito destrói o objeto (Winnicott, 1968/2005). Ou seja, “é a destruição do objeto que o situa fora da área de controle onipotente do sujeito” (p. 174). Ainda segundo a referência acima, é primordial que o objeto sobreviva, e é aqui que começa a fantasia para o indivíduo.

Ao se realizar um estudo pormenorizado da teoria na obra winniottiana, podemos perceber a existência de uma aproximação da sessão de psicanálise à noção do

brincar. Para Winnicott (1971/1975) a sessão se dá mediante a sobreposição de duas áreas do brincar: a do paciente e a do analista. O autor ainda afirma que:

A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em conseqüência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (p. 59)

Não podemos incorrer no erro de uma interpretação ingênua acerca do significado da palavra *brincar* na obra winnicottiana. Por isso é importante compreendermos o que o autor entende sobre o brincar – o verbo, e não a brincadeira – o substantivo. Dessa maneira, o brincar não se limita às crianças, mas se estende aos adultos também. Winnicott (1971/1975) afirma que em análise de adultos o brincar manifesta-se, por exemplo, nas escolhas das palavras, nas inflexões da voz, até, no senso de humor.

O espaço que o brincar ocupa não fica dentro nem tampouco fora da subjetividade; fica na fronteira, ou seja, em um espaço transicional. Este espaço é de início pensado como um espaço que se forma entre a mãe e o bebê. Essa função transicional que o brincar oferece se torna importante porque não apenas representa uma determinada realidade, mas também pelo fato de possibilitar uma experiência.

Safra (2006) traz a noção de espaço transicional como uma forma de símbolo apresentativo², onde a sua função não seria a de *representar*, mas sim *apresentar*. O símbolo apresentativo propicia uma experiência de um saber não-intelectual, ou seja, tem-se uma experiência estética. Trata-se de um saber que tem como acesso a corporeidade. Assim, para o autor, esses símbolos são importantes pelo fato de possibilitarem uma experiência. Por isso,

² “O símbolo apresentativo é introduzido na psicanálise no momento em que alguns psicanalistas sentiram a necessidade de poder estudar e conceituar a dimensão não-verbal da comunicação inter-humana” (Milner, 1952, apud Safra, 2006, p.42)

O objeto transicional não deveria ser codificado, interpretado. (...) o objeto transicional até representaria a mãe ou o bebê, mas teria importância em si mesmo, e não pelo fato de representá-los. Ele seria importante pela experiência que possibilitaria: a viagem de um sentido de realidade para outro. (Safra, 2006, p. 45)

As formas sensoriais que são geradas a partir das inter-relações corpóreas entre o indivíduo e o meio são, segundo Safra (2006), a base para a acessibilidade à leitura apresentativa. Assim, ainda segundo o autor, não somos apenas afetados pela corporeidade dos outros, mas também pelos símbolos apresentativos articulados no tempo e no espaço, na materialidade do mundo. Palavras como *intuição* e *empatia* entram nesse registro simbólico à medida que estas deixam de ser meras funções mentais e passam a fazer parte do corpo, “intuímos e empatizamos através de nossa sensibilidade” (Safra, 2006, p. 46).

Stein (1989, apud Safra, 2006) afirma que temos uma memória de experiências que não vivemos diretamente, ou seja, há organizações de experiências que não realizamos por nós mesmos. Haveria inúmeras experiências em nós que existem porque tivemos a possibilidade de acompanhar a experiência de outra pessoa. Para a autora, somos frequentemente afetados pelas descrições plásticas e pelo modo como a corporeidade do outro nos fala. Para Safra (2006) é nesse fato que Edith Stein vai fundamentar o fenômeno da empatia. Assim, a empatia é a possibilidade que temos de acompanhar o circuito da sensibilidade de um outro.

O brincar está inscrito essencialmente em um lugar estético da experiência. Na construção do desenvolvimento da teoria podemos observar que numa primeira etapa, o bebê e o objeto estão fundidos, e aqui o papel da mãe é no sentido de se orientar para tornar concreto o que o bebê está pronto para encontrar. Num segundo momento esse objeto é repudiado, novamente aceito e dessa maneira, torna-se objetivamente percebido, ou seja, aqui a mãe se encontra em um permanente oscilar entre o que ela é,

aguardando ser encontrada, e entre ser o que o bebê tem capacidade de encontrar. A etapa seguinte é quando o bebê consegue ficar sozinho na presença de alguém, ou seja, aqui há o estabelecimento da confiança, pois a mãe permanece disponível quando é lembrada, mesmo tendo sido esquecida em um momento anterior. Por fim, a última etapa é quando a criança consegue sobrepor duas áreas do brincar, e aqui a mesma está preparada para um brincar conjunto num relacionamento.

Se fizermos uma transposição das etapas do brincar acima descritas e o processo analítico, podemos perceber que o último, também possui essas fases para a construção de um espaço potencial a fim de promover um brincar entre analista e paciente. Winnicott (1971/1975) postula que “a psicanálise foi desenvolvida como uma forma altamente especializada do brincar” (p. 63). Dessa maneira, a presença e a sensibilidade corporal são de grande importância para que possamos compreender os sentimentos dos nossos pacientes através do que eles nos apresentam. Assim, a comunicação intercorpórea acontece por meio da maneira como o espaço e o tempo da sessão são modulados pelos modos de ser do analista e do analisando (Safra, 2006).

Safra (2006) sugere que, se com a sua sensibilidade, o analista puder acompanhar o que está sendo colocado pelo paciente, este poderá intuir o que se passa. Essa intuição não é da ordem da telepatia, mas sim pelo fato de o corpo do terapeuta ser continuamente afetado pela forma de ser do paciente.

Quando Winnicott propõe uma sessão analítica que se aproxima do brincar, Franco (2003) comenta que ele faz isto de um modo que sustenta certa posição sobre a psicopatologia. Assim, podemos entender que estamos diante de uma visão que apreende que estamos imersos na psicopatologia e na saúde ao mesmo tempo, ou seja, “É importante para nós *não* encontrarmos clinicamente *qualquer linha nítida* entre a

saúde e o estado esquizóide ou mesmo entre a saúde e a esquizofrenia plenamente desenvolvida” (Winnicott, 1975, p. 96). As pessoas que são consideradas pela psiquiatria como doentes podem manifestar índices de saúde, e por isso, “É possível a uma pessoa esquizóide ou esquizofrênica levar uma vida satisfatória e mesmo realizar um trabalho de valor excepcional” (Idem, 97). Por outro lado, pessoas tidas como saudáveis podem estar de fato profundamente doentes:

Pode-se afirmar que existem pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto [ao do esquizóide ou esquizofrênico que possuem um sentido débil da realidade], dada a sua perda do contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos. (Winnicott, 1975, p.97)

Precisamos compreender que sob essa visão, a fuga para a sanidade não é sinônimo de saúde, pois a saúde é tolerante com a doença (Winnicott, 1967/2005). Ao propor a eliminação de uma rigidez técnica da sessão analítica, Winnicott (1963c/2008), acaba de certa forma por também propor o acolhimento do paciente em toda a sua patologia, e, por que não, toda a sua loucura. Assim, expressa uma aceitação da condição inescapavelmente pática³ da experiência humana. Dessa maneira o analista não deve temer o pático no paciente e em si mesmo. Aqui a negação da loucura apenas produziria uma enorme quantidade de sintomas, que nasce da incapacidade de suportar este lugar de instabilidade e insegurança que é o lugar próprio do humano. Quando se pode aceitar a condição incompleta, não divina, dependente, vulnerável, da experiência humana, pode-se aprender com ela (Franco, 2003).

1.3 O cuidar-curar

Tomando como base esse viés teórico e psicanalítico, consideramos pertinente analisarmos o significado da palavra *cura*. Winnicott (1970/1996) ao avaliar as raízes

³ Aqui pathos “é compreendido não somente como doença, mas também como condição anímico-existencial e aquilo que constitui estruturalmente o sujeito, seu modo de ser, momentâneo, duradouro ou permanente.” (Martins, 2005, p. 37)

etimológicas dessa palavra, mostra que a mesma significa *cuidado*. Infelizmente, a cura no sentido de tratamento, da bem-sucedida erradicação da doença e sua causa, tende a se sobrepor ao sentido do cuidado e suas implicações. A confiabilidade aqui pode trazer novamente à tona o curar no sentido de cuidar. Winnicott (idem) afirma que a psicanálise não pode se resumir a interpretar o inconsciente reprimido, deve, antes de tudo, fornecer um contexto profissional para a confiança, no qual esse trabalho pode ocorrer. Aqui a confiança deve ser considerada num sentido humano, ou seja, onde “aceitamos que a falibilidade é inerente à condição humana” (p.107).

É importante considerarmos que quando estamos diante de uma relação psicanalítica também estamos diante de uma relação interpessoal. E por isso, estamos reduzidos a dois seres humanos do mesmo nível. Winnicott (1970/1996) afirma que aqui as hierarquias caem, ou seja: “Há um lugar para hierarquias na estrutura social, mas não no confronto clínico.” (p.109). Assim, a pergunta sobre quem está doente, o paciente ou o psicanalista torna-se uma questão de conveniência. Ainda nesse texto, o autor afirma que aquele que é mais bem sucedido na reivindicação de ser doente se beneficia de um modo específico. Winnicott diz, “‘Você está doente’ me leva naturalmente para a posição daquele que responde à necessidade, ou seja, à adaptação, à preocupação e à confiabilidade, cura, no sentido de *cuidado*” (Winnicott, 1970, p. 109).

É importante esclarecer que essa confiabilidade se dá num sentido que se sustenta apenas numa relação profissional. Em nossa vida cotidiana – e aqui entende-se fora do nosso papel de analistas - não conseguimos ser confiáveis o tempo todo.

Pensando no aspecto “cuidar-curar” Winnicott (1970/1996) sugere que os analistas encontrem, no trabalho profissional, um contexto para se aplicar o que foi aprendido nas primeiras etapas do desenvolvimento (quando éramos bebês), onde um

“cuidar-curar” suficientemente bom foi proporcionado por nossas mães satisfatórias e por nossos pais. Winnicott ainda afirma que:

É sempre importante descobrir que nosso trabalho se vincula a fenômenos inteiramente naturais, e aos universais, algo que esperaríamos encontrar nas melhores poesias, filosofias e religiões. (p. 114)

Dessa maneira, devemos compreender o trabalho do terapeuta como uma espécie de acompanhar àquele que sofre. Assim, questões humanas e existenciais por excelência permearão todo o percurso terapêutico.

1.4 Contemporâneos: novas (re)leituras

Kupermann (2008b) define o curso de uma análise como o espaço e o tempo do manejo da transferência, dessa maneira, para o autor, a ação psicanalítica está intimamente relacionada aos afetos que circulam entre analista e analisando. Ainda nesse texto, o autor explora a questão de que o processo analítico não pode ser puramente reduzido a aplicação de uma técnica, ou ao mero conhecimento sobre o passado do sujeito e seus efeitos no psiquismo. Além disso, este explora que devemos estar cientes de que a teorização da transferência está intimamente relacionada à qualidade da experiência afetiva estabelecida no curso de uma análise, e que leva em conta o contexto e os autores nela envolvidos para a composição de um estilo de psicanalisar. Aqui, percebemos a importância dada ao encontro estabelecido na relação terapeuta/paciente, onde ambos os atores estão envolvidos de maneira pessoal. Por conta desse mesmo envolvimento a própria técnica se torna móvel e, de certa maneira, ‘individualizada’.

Assim, a relação vivida entre paciente e analista existe, antes de tudo, fora de qualquer manual ou rigidez teórica. A totalidade daquilo que faz vínculo entre dois protagonistas em uma situação, contém uma infinidade de possibilidades. Os conceitos

psicanalíticos só podem isolar algumas diferenças para constituir o que se atualiza no tratamento e possibilitar a especificidade da leitura analítica (Zygouris, 2002).

Zygouris (2002) introduz uma distinção entre *transferência* propriamente dita e a noção de *vínculo*. Segundo a autora apesar de essa última não pertencer especificamente ao campo da psicanálise, ela nasce no campo da experiência analítica. Ainda segundo a autora, o vínculo seria uma realidade permeada de emoções e sensorialidades que nada têm de especificamente analíticas, ou seja, faz parte da experiência humana.

O vínculo estaria, portanto, mais próximo de uma composição a partir de entidades singulares e que não se podem repetir, ao passo que a transferência seria uma construção a partir de entidades generalizáveis e que podem ser repetidas. (Zygouris, 2002, p. 28)

Desse modo, o que faz o vínculo entre dois sujeitos é a presença e as singularidades de cada um, onde estas não podem ser generalizadas (Zygouris, 2002). Somente a partir desse estabelecimento de vínculo, ou não, é que a transferência se estabelece. Podemos então compreender que a transferência é um conceito teórico, e por esse motivo, é permeado de limitações e não abarca a complexidade das relações. Assim, o vínculo trata-se de um *encontro*, e “a transferência é a única parte da relação para qual podemos exigir um final” (idem, p. 20).

*Sobornost*⁴ é um conceito russo utilizado por Safra (2004, 2006), para o autor esse conceito implica que a situação transferencial seja decorrente da consciência de que o Outro que nos procura está irmanado a nós, pois a condição humana é o mesmo destino no qual estamos inseridos (Safra, 2004). Ainda segundo o autor, amizade e

⁴ “*Sobornost* (unidade, conciliar, comunitário) é uma noção fundamental do pensamento russo (...) a verdade do ser só acontece na consciência vista como acontecimento comunitário (...) abole a concepção de indivíduo, como nós a conhecemos, (...) o sentido de si é um fenômeno ontológico comunitário, isto é, acontece em meio à comunidade *como* comunidade. Evento transgeracional, vindo da história em direção ao futuro. A verdade de si mesmo acontece e se revela somente pelo reflexo do rosto do outro. Em nossa maneira habitual de pensar, o ser é constituído antes da comunidade. *Sobornost* assinala-nos que o ser é comunidade! (...) O Outro é *Sobornost!*” (Safra, 2004, p.41-43)

solidariedade devem ser vistos pelos analistas como princípio ético fundamental, principalmente quando pensamos a situação humana pelo registro ontológico.

Safra (2006) afirma que o lugar clínico do analista é fundado em uma posição *ética-hermenêutica*, onde a partir do momento em que o terapeuta aceita acompanhar um paciente em um processo clínico é necessário que este tenha um arranjo ético frente à compreensão como dimensão fundamental da condição humana. Assim, “toda fala dá ao interlocutor uma posição no mundo que é apresentado e, dessa maneira, aquele que escuta é afetado por isso” (Safra, 2006, p. 135).

Nessa perspectiva, Safra (2004) constata que as intervenções do analista precisam aparentar-se com a semântica existencial do paciente, pois, segundo o autor, quando trabalhamos com a singularidade do outro, nos situamos no registro do seu idioma e de seu dizer. Aqui Safra introduz o conceito de *idioma pessoal* assim,

Esse idioma aparece em sua maneira de ser, em seu discurso, em seu gesto, nas coisas que ele colhe para compor seu ambiente, na maneira como ele constitui seu percurso de vida. (Safra, 2004, p. 116)

Desse modo, é importante que a verbalização do analista esteja aparentada no idioma pessoal do paciente (Safra, 2004), ou seja, na maneira com que este último formula suas questões e concebe a sua existência. Pois ainda segundo o autor, intervir no processo ou na sessão demanda um *estar com* por parte do terapeuta.

2. O LUGAR DO TERAPEUTA NA CLÍNICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: UMA RELEITURA SOBRE O TRADICIONAL

“Além disso, a prática psicanalítica já não é mais a mesma, e o analista se confronta com casos problemáticos cuja natureza é de tal forma que a obra de Freud pode ser de pouca valia.” (André Green)

2.1 Sofrimento psíquico grave e crise do tipo psicótica – revendo paradigmas

Nos deteremos agora, na especificidade da clínica do sofrimento psíquico grave do tipo psicótico. Costa (2007) afirma que a expressão *sofrimento psíquico grave* diz respeito a

um construto que nos dá liberdade para falar de crises intensas de cunho ‘normal’ ou ‘psicótico’ com a mesma consideração essencial, ou seja, a de que é um sofrimento humano, natural, com peculiaridade e contextos próprios, que pode ser manifesto em indivíduos ou relações. Fala, portanto, de um fenômeno existencial essencialmente humano: a angústia (Costa, idem, p. 115).

Desse modo, o sofrimento psíquico grave deve ser entendido como algo essencialmente humano, que por ser da ordem do psíquico está diretamente ligado aos afetos, e que por ser grave, enfatiza uma intensidade e difícil manejo comum (Costa 2010b).

Optamos por não utilizar o conceito *psicose*, pois ainda segundo Costa (2010), existem diferentes definições dessa mesma palavra, e por conseqüência, imprecisões e prováveis confusões que esta multiplicidade de entendimentos a respeito de uma palavra/fenômeno pode acarretar. Assim, ainda de encontro ao autor, quando me refiro a *sofrimento psíquico grave* tento preservar as inúmeras possibilidades de expressão e de abordagem que os conceitos seculares – como a psicose - já não conseguem mais fazer.

Gondim (2007) caracteriza o sofrimento psíquico grave e a crise do tipo psicótica pela experiência de desrealização, despersonalização e perda da alteridade. A autora ainda afirma que nesse tipo de crise o eu e o outro se confundem, assim como o mundo

interno e o mundo externo. Há uma ruptura na experiência comum do tempo, onde passado, presente e futuro se misturam, e o mundo interno fragmentado, passa a ser invadido por intensos afetos.

Adotamos o termo “do tipo psicótico”, pois referimo-nos a sujeitos que estão em uma fase prodrômica que não é meramente sintomatológica (Costa, 2010). Desse modo há, pelo menos, dois aspectos essenciais:

- 1) A vivência pode ser intensa, típica de um momento existencial, porém diferente do padrão da própria pessoa, que pode evoluir ou não para uma desorganização maior da atividade psíquica, e
- 2) Neste momento específico ainda estão preservados os potenciais de retorno a uma atividade menos sofrida e, portanto, não necessariamente psicótica como acima delimitado (Costa, 2010, p. 53).

Fraga (1997) afirma sobre a necessidade tanto da clínica quanto da terapêutica em não reduzir o sujeito à rigidez dos critérios diagnósticos (medicina mental) ou estruturais (psicanálise). Para a autora, é importante que o tratamento crie propostas de ação, em diferenciados contextos relacionais, que auxiliem o sujeito em seu trabalho terapêutico. Por conta do processo histórico, de estigma social e de marginalização, Fraga ainda entende que o tratamento dispensado aos chamados loucos deveria refletir, dialeticamente, as questões particulares do sofrimento psíquico e as que se referem aos impasses do convívio social, historicamente negado a estas pessoas.

2.2 Freud, Ferenczi e Winnicott: analisando um percurso na teoria psicanalítica

Na construção da teoria psicanalítica – aqui tomamos como base o percurso das teorias de Freud, Ferenczi e Winnicott – podemos observar uma transformação no entendimento da relação transferencial no contexto terapêutico. Essa mudança acontece de maneira mais clara principalmente quando se impõem desafios clínicos frente à

situações que fogem àquelas em que se construiu a psicanálise clássica dita tradicional, ou seja, a clínica da neurose.

Freud (1918/2006) reconhece que existem imperfeições no método psicanalítico, e que diante disso, se faz importante a alteração do método quando for necessário. O autor também aponta, ainda que de maneira incipiente, a necessidade da transformação da técnica para os casos que fogem à regra da neurose dita comum. Aqui incluo os casos clínicos mais graves. A experiência de Freud com o caso de 1918 o “Homem dos Lobos” elucida essa questão.

Kupermann (2008) afirma que o percurso clínico de Ferenczi se pautou no desafio do acolhimento de pacientes denominados “difíceis”, onde a escuta analítica tradicional não se mostrava eficiente. Para Ferenczi (1932/1992) o maior obstáculo para essa especificidade clínica era a *insensibilidade dos analistas*⁵, segundo ele, estes resistiam à mutualidade dos afetos que é promovida pelo encontro clínico. Ao longo de sua construção e reflexão teórica, Ferenczi (1928/1992) observa a necessidade de uma elasticidade da técnica e, ao mesmo tempo, uma maior expressão, disponibilidade afetiva e tato por parte do analista.

Com o privilégio dado à emergência, expressão e encontro dos afetos para a produção de sentido na prática clínica, Kupermann (2008) observa que uma autêntica *clínica do sensível* se configura nesse contexto. Para o autor, Ferenczi rompe com a tradição de que aos analistas cabe somente a função de suspender inibições, onde apenas o paciente seria o responsável pela emergência de processos criativos na terapia. Assim,

⁵ Ferenczi em seu Diário clínico de 1932 descreve a insensibilidade do analista como: “maneira afetada de cumprimentar, exigência formal de “contar tudo”, a atenção dita flutuante que, afinal não o é e certamente não é apropriada para as comunicações dos analisandos, impregnadas que estão de sentimentos e freqüentemente trazidas com grandes dificuldades” (p.31)

Seu projeto de “soltar as línguas” nas análises implicava o analista convocando-o à adoção de um estilo clínico diferenciado, tendo como objetivo o resgate da criatividade e, conseqüentemente, da possibilidade de reinvenção do viver para as subjetividades enrijecidas e comprometidas em sua capacidade de brincar, fantasiar e imaginar. (Kupermann, 2008, p. 157-158)

Para Winnicott, se nos determos mais especificamente para as chamadas “psicoses”, podemos compreender que aqui, algum infortúnio aconteceu nas fases mais precoces do desenvolvimento infantil. E dessa maneira, há como resultado um distúrbio na estruturação básica da personalidade do indivíduo (Winnicott, 1961/2005). Nas psicoses (e aqui podemos entender como uma espécie de falha nos cuidados iniciais) o autor ainda afirma sobre a importância de nós conseguirmos possibilitar ao paciente experiências que corresponderiam mais propriamente à infância, em condições de extrema dependência.

Nesse raciocínio, o analista muitas vezes cumpre um importante papel de prover um ambiente suficientemente bom para a manutenção de um holding seguro e confiável para o paciente. Isso se dá com muito mais freqüência nos casos da análise com os pacientes graves, pois para Winnicott (1954/2000) a doença psicótica está relacionada a uma falha ambiental num estágio primitivo do desenvolvimento emocional. Para o autor, aqui a estrutura emocional ainda não está solidamente integrada, e por isso, a ênfase recai mais freqüentemente sobre o manejo.

Para essa especificidade de pacientes, Winnicott (1954/2000) fala sobre a importância da flexibilização da técnica psicanalítica: “Particularmente, foi-me necessário aprender a examinar minha técnica toda vez que surgiam dificuldades (...)” (p. 377). Dessa maneira, nesse contexto também é necessário que, assim como o ambiente se adapta às necessidades do bebê, o analista deverá se adaptar às necessidades do paciente regredido. Quando falo em regressão, vou de encontro com as

idéias winnicottianas onde presumimos um tipo de organização de ego e uma ameaça de caos, bem como “simplesmente o contrário de progresso” (p. 377). Ou seja,

É como se houvesse uma expectativa de que surjam condições novas, justificando a regressão e oferecendo uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente. (Winnicott, 1954, p. 378)

Nos primeiros estágios do desenvolvimento emocional, o que a mãe faz não será apreendido pelo bebê nessa fase como uma ação materna. Suas falhas não são sentidas como falhas da mãe, e sim como ameaças à existência pessoal do eu (Winnicott, 1945/2000). Aqui ainda não existe uma relação propriamente dita: a mãe e o bebê são a mesma coisa. O fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Ainda segundo o autor, tudo isto é sentido como real pelo bebê que se torna capaz de ter um eu.

Transpondo a relação mãe e bebê para a relação analista e paciente, e aqui incluímos principalmente os pacientes gravemente regredidos, podemos compreender a importância da manutenção de um ambiente suficientemente bom por parte do analista. Onde aspectos como constância e confiabilidade são de extrema importância para que haja a possibilidade de o paciente descongelar a situação da falha original. É importante enfatizar que com um paciente regredido não há desejo, e sim a necessidade (Winnicott, 1954/2000), assim, não é primordialmente de interpretações que se necessita nesse contexto.

Em 1947 Winnicott discorreu sobre a impossibilidade da análise de psicóticos sem o grande discernimento e consciência do ódio do próprio analista, isso porque

segundo o autor, comparada à análise de neuróticos a primeira é muito mais irritante, além disso, o autor deixa claro que os pacientes insanos representam sempre uma pesada carga emocional para os seus cuidadores. Este ainda traz reflexões sobre a importância de se entrar em contato com os próprios sentimentos, pois segundo ele, “por mais que os profissionais amem seus pacientes, não podem evitar odiá-los e temê-los” (p.278). Acrescenta o autor que quanto melhor eles souberem disso, mais difícil será para que o medo e o ódio tornem-se os motivos determinantes do modo como os profissionais tratam esses pacientes. O paciente é assim como a criança que só poderá acreditar que é amada depois de conseguir sentir-se odiada (Winnicott, 1947/2000).

Winnicott (1947/2000) traz as maneiras possíveis de classificar os fenômenos contratransferenciais. O primeiro ponto colocado por ele é pela anormalidade nesses sentimentos, relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos do analista, assim, nesse sentido, o analista precisaria de mais análise. Outro ponto são as identificações e tendências oriundas da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista, e que forneceriam as bases positivas do seu trabalho analítico. Dessa maneira, o autor coloca que os fenômenos contratransferenciais⁶ representarão, em certos momentos, o elemento central da análise. Apesar disso, no texto *Contratransferência* (1960/2008) o autor faz uma breve crítica ao conceito, pois ele comenta que o termo *contratransferência* é uma palavra artificial, e que por isso, carrega algumas limitações e um risco de perder a sua identidade como conceito. Ele também ressalta a importância da utilização dos conceitos de transferência/contratransferência apenas no âmbito profissional e não na vida comum.

⁶ Nosso foco nesse trabalho é a respeito do lugar do analista dentro da relação analítica, bem como as consequências que essa relação implica. Dessa maneira, quando falo sobre contratransferência estou apenas trazendo uma das formas de se entender a relação analítica tomando como base a pessoa do terapeuta.

Também é apontada uma grande diferença da análise de pacientes neuróticos e psicóticos, pois no primeiro caso, o trabalho de análise se faz por meio de interpretações verbais da transferência (Winnicott, 1960/2008). O analista, nesse caso, assumiria o papel de uma ou outra figura confiável na infância do paciente. Já no caso da análise de pacientes psicóticos o analista estaria sujeito a uma tensão cuja qualidade e dimensão seriam inteiramente diferentes, pois não houve experiências iniciais satisfatórias no início da vida do paciente. Dessa maneira, o analista muitas vezes terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente. Essa manutenção de um ambiente suficientemente bom pode ser de importância vital na análise de pacientes psicóticos, e pode até revelar-se mais importante que as interpretações verbais que também devem ser feitas.

Winnicott (1960/2008) compara a relação entre analista e paciente psicótico à relação mãe e bebê recém-nascido, onde ele sugere que a mãe odeia o bebê antes que este a odeie, e antes que ele possa saber que sua mãe o odeia, dessa maneira, à medida que o bebê torna-se capaz de se sentir uma pessoa inteira, o termo “ódio” passa a ter sentido para descrever um certo conjunto de seus sentimentos. A mãe, dessa maneira, deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem fazer nada a esse respeito. O mesmo processo de maturação e desenvolvimento deve ocorrer na análise de um paciente psicótico, por isso a importância de o analista entrar em contato com o seu ódio. Assim como no bebê, o paciente psicótico precisa de ódio para poder odiar, dessa maneira o paciente só conseguirá tolerar o seu ódio pelo analista se o analista também puder odiá-lo.

Este autor ainda enfatiza a importante tarefa de o analista manter a objetividade em relação a tudo aquilo que o paciente traz. Dessa maneira, o analista deve manter-se vulnerável e ainda assim reter seu papel profissional durante suas horas de trabalho.

Assim, a análise do próprio analista também teria a finalidade de aumentar a estabilidade de caráter e a maturidade da personalidade do profissional. Idéias e sentimentos que vêm à mente do analista deverão ser bem examinados e filtrados antes que se faça uma interpretação. Isso não quer dizer que os sentimentos do analista não estejam envolvidos. Essa objetividade descrita não se aplica aos pacientes chamados psicóticos, pois ainda segundo o autor, esse tipo de paciente “atravessa gradativamente as barreiras da técnica e da atitude profissional, e dessa maneira, forçam um relacionamento direto e de tipo primitivo, chegando até o limite da fusão” (Winnicott, 1960, p.150).

Para Winnicott (1960/2008), o papel do analista varia de acordo com o diagnóstico do paciente. Ele enfatiza que dois tipos de casos alteram completamente a atitude profissional do terapeuta: pacientes com tendência anti-social e os pacientes que necessitam de uma regressão (nesse caso, pacientes psicóticos). Sob o meu ponto de vista, compreendo que Winnicott reúne esses dois tipos de pacientes por ambos serem o resultado de um fracasso ambiental em etapas mais primitivas do amadurecimento, onde predomina a dependência absoluta.

A regressão necessária para esses casos específicos de pacientes diz respeito a uma fase de dependência infantil a qual ele deverá ressignificar para que ocorra uma mudança significativa. O analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isso, segundo Winnicott (1960/2008), significa dar apoio ao ego em grande escala. Nesses casos o analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo em que estiver identificado ou mesmo fundido com o paciente. O paciente ficará extremamente dependente.

Na especificidade da psicose, Winnicott (1960/2008) percebe que a contratransferência poderá ser entendida como a resposta total do analista às necessidades do paciente. Dessa maneira, ainda há muito para se dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica de seu paciente no *self* do analista, e do efeito disto na atitude profissional do analista. Mas ainda assim, o autor deixa claro que, a tentativa de cobrir tudo que o conceito da contratransferência pode englobar, provavelmente resultaria em confusão.

Para essa especificidade de pacientes, Winnicott coloca acima de tudo o *cuidado* como forma de tratamento. Onde este seria representado pela existência psicossomática, para a qual se faz indispensável a presença de um ambiente consistente, confiável e real, e, não apenas a visão clássica de questões relativas ao funcionamento mental e relacional. Winnicott nos atenta para a importância da presença, e seu modelo fundamental nesse caso de dependência absoluta é o *holding*. Podemos compreender a função psicológica do *holding* como um apoio egóico, particularmente nessa fase de dependência absoluta. O *holding* inclui principalmente o segurar fisicamente o bebê, no entanto, esse conceito é ampliado no sentido de provisão ambiental total, ou seja, anterior à emergência do bebê como uma pessoa separada e capaz de se relacionar com o outro. Aqui o ambiente ainda não é reconhecido em sua existência separada. A comunicação nesse caso se dá de maneira silenciosa, e a interpretação deixa de ser o centro do tratamento analítico.

Enquanto que para Freud a psicanálise consistia essencialmente na “cura verbal”, Winnicott fundamentou seu trabalho analítico no relacionamento mãe-bebê, cuja comunicação não é feita apenas de palavras, e a linguagem verbal não ocupa um papel estruturante na formação da identidade. Pode-se compreender que Winnicott

aborda a questão do trabalho do analista com pacientes psicóticos sob uma perspectiva do lugar ocupado por esse analista. Onde as noções como *estar com* e *presença* se fazem fundamentais para a concepção da relação analítica.

2.3 Empatia: acesso ao lugar de alteridade

Pigman (1995) afirma que a palavra *emfühlung* foi traduzida na obra de Freud por um termo diferente que empatia. Ainda segundo o autor, esse termo pertencia primeiro à estética e depois a uma psicologia que separava rigidamente a percepção da compreensão do sujeito e seus objetos. Pigman revisa que apesar de os autores do séc. XIX escreverem sobre um processo consciente de se colocar no lugar de alguém com o propósito de conhecer melhor essa pessoa, o *emfühlung* originalmente envolvia perceber e entender o não-humano. Foi Theodor Lipps (1851-1947) que, segundo Pigman (idem), foi o responsável pela transferência da *emfühlung* da estética para a questão psicológica do entendimento de outros *selves*. Ainda para o autor, esta foi a fonte mais provável de Freud.

Emfühlung significa, para Freud, o processo de se colocar na posição do um outro, tanto consciente quanto inconscientemente (Pigman, 1995). Ainda para o autor, Freud considera o termo – ou o processo que nos permite compreender os outros - como um artifício intelectual e não emocional.

Hoje podemos compreender a experiência empática como uma espécie de apropriação da experiência do outro, onde esta seria o vivenciar em si mesmo. Embora essa vivência não seja do originário – mas mesmo assim não menos importante - ela também é assimilada e vivida por aquele que a experimenta (Safra 2008). Desse modo, para o autor a empatia é um fenômeno intrínseco à relação humana que, por esse

motivo, se torna fundamental para a situação clínica. Para Safra, no *tu* que se disponibiliza existe a experiência do *nós*. Há o domínio do gesto.

Pimentel & Coelho Júnior (2009) afirmam que o uso da *empatia* deve ser apreendido como um fator crucial no manejo de casos e situações clínicas em que o tratamento esbarra em limites onde o poder das intervenções verbais do analista é diminuído. Segundo estes autores, a empatia enquanto fenômeno se daria no campo da experiência pré-reflexiva, ou seja, ela indicaria a capacidade de estabelecimento de um contato não-mediado por palavras ou conceitos. Dessa maneira, a empatia se caracterizaria como uma forma de escuta e um modo de comunicação, muitas vezes fora da consciência e sem a intervenção necessária da fala, permitindo, dessa maneira, “uma aproximação e entendimento do sentido da experiência do outro com base na percepção, na ressonância afetiva e na sintonia emocional” (Pimentel e Coelho Júnior, *idem*, p. 303).

Ainda segundo Pimentel & Coelho Júnior (2009), a empatia deve ser examinada a partir de três perspectivas, são elas: a *modalidade de escuta*; a *forma de comunicação* e o *fator terapêutico*. A empatia como modalidade de escuta estaria principalmente nas idéias de Ferenczi e Kohut – o conceito de tato psicológico proposto por Ferenczi e discutido anteriormente nesta dissertação exemplifica essa modalidade. A modalidade forma de comunicação está, para os autores, de maneira clara em Winnicott – na díade mãe/bebê – por exemplo.

Já a perspectiva da empatia como um fator terapêutico, opera como elemento de grande importância para o estabelecimento de uma relação de confiança entre analista e paciente (Pimentel & Coelho Júnior, 2009). Aqui o conceito *holding* de Winnicott abarca essa modalidade empática. É esse manejo não-interpretativo que possibilita ao

sujeito ainda não-integrado restabelecer o status de unidade. Aqui a provisão ambiental por parte do analista torna-se primordial. Ainda segundo os autores, por esse motivo, ambiente, *setting* terapêutico e pessoa do analista devem ser considerados equivalentes, por isso, o analista/terapeuta deve adotar uma posição ativa, participando com sua presença sensível do processo terapêutico.

Para Safra (2008), a disponibilidade na clínica não é a mesma do cotidiano, ela é própria. Assim, a capacidade de compreensão empática depende disso. O modo de estar frente a outro na clínica – modo como faz a atenção. Não é apenas ouvindo, não é só o escutar, é estar atento. Para o autor, a atenção demanda quietude e concentração da mente voltada para o outro. A atenção também acompanha a vontade - querer acompanhar essa pessoa. Desse modo, Safra ainda afirma que o fenômeno da empatia não se refere ao fenômeno da percepção. Não é pelo registro da percepção (objetiva) que a empatia (sentir com) acontece. Aqui é a relação intersubjetiva que transcende a percepção – estar vivendo junto com o outro.

2.4 Lugar do terapeuta

Green (1988) ao se referir sobre as mudanças na prática da clínica psicanalítica afirma que hoje se inicia uma espécie *de mudança dentro do analista*. Para o autor, a subjetividade do analista influencia diretamente o modo como este se comunica com o seu paciente.

Tal como a opinião do paciente sobre a realidade externa é dependente de sua visão da realidade psíquica, nossa imagem de *sua* realidade psíquica é controlada por *nossa* opinião sobre nossa própria realidade psíquica. (...) E o analista não pode fazer nada em seu esforço de se comunicar, senão mostrar aquilo que ele compreende, através de sua experiência subjetiva, sobre o efeito nele daquilo que o paciente lhe conta. Ele não pode alegar uma objetividade absoluta em seu escutar. (Green, 1988, p. 39)

Para o autor, ao nos confrontarmos com um paciente denominado difícil, devemos passar por uma experiência pessoal mais ou menos crítica, análoga ou complementar àquela do paciente. Green ainda aponta que uma das principais contradições que o psicanalista hoje enfrenta é a necessidade - também marcada como uma dificuldade - de fazer com que um conjunto de interpretações derivadas da obra de Freud e da psicanálise clássica, coexistam e se harmonizem com a experiência clínica e com a teoria dos últimos 20 anos.

Durante o processo psicoterápico, compreensão que o terapeuta terá da crise psicótica não será, e muito menos deve ser, somente intelectual, a mesma também deve ser emocional e vivenciada. Ou seja, deve haver também uma identificação do terapeuta com os conteúdos que o sujeito em sofrimento traz. Muitas vezes essa identificação do terapeuta não será uma tarefa simples. É importante que a não-compreensão seja suportada e pacientemente tolerada (Cassorla, 1999). Deve-se atentar para o fato de que a compreensão apenas intelectual, por exemplo, também resulta em uma não-compreensão.

Cassorla (1999) afirma que só nos é possível entrar e compreender esse mundo porque também vivemos experiências similares, que continuam como “ruínas arqueológicas” em nosso mundo interno. Ainda segundo esse autor o desafio do terapeuta é a de entrar em contato com a loucura, confrontando e por vezes deixando que se misturem aspectos psicóticos do paciente com os dele mesmo, sem que, diante disso, enlouqueçamos.

Fraga (1997) pontua que, não raras vezes, existe uma sensação de fracasso pessoal naqueles que trabalham com pacientes psicóticos. Segundo a autora, isso acontece porque existe um reconhecimento da loucura como uma propriedade intrínseca

à existência do homem, dessa maneira a compreensão dos profissionais e a resolução dos impasses ultrapassam os seus esforços. Silva (2007) aponta que o cotidiano dos profissionais de saúde mental é permeado por expectativas de cura dos usuários. Em alguns casos, principalmente nos primeiros anos de experiência profissional, essas exigências geram angústias, deixando-o com sentimentos de impotência, incerteza e fracasso.

Na situação clínica, é extremamente importante que o terapeuta compreenda o paciente por meio de sua sensibilidade. Mas ao mesmo tempo, se faz necessário uma posição reflexiva do profissional diante dessas situações (Safra, 2006). Assim se faz necessário estar também para além da sensibilidade, por meio do registro da transicionalidade. Caso contrário, para Safra, o terapeuta será arrastado por aquilo que lhe é apresentado.

A transicionalidade diz respeito a uma área intermediária de experimentação, aqui contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa (Winnicott, 1971/1975). A experiência de ilusão se torna fundamental para a constituição desse espaço transicional, pois é na adaptação do ambiente às necessidades do bebê que os objetos criados por ele, através da ilusão, passam a existir no mundo compartilhado. Assim, para o autor, não é o objeto que é transicional, este representa apenas uma transição do bebê, que antes estava fundido com a mãe e depois passa para um estado de separação desta. A ilusão é

aquilo que é permitido ao bebê e que, na vida adulta, é inerente à arte e à religião, mas que se torna marca distintiva de loucura quando um adulto exige demais da credulidade dos outros (...). Podemos compartilhar do respeito pela experiência ilusória, e, se quisermos, reunir e formar um grupo com base na similaridade de nossas experiências ilusórias. (Winnicott, 1971, p. 15)

Quando Winnicott (1971/1975) postula a afirmação - já discutida nesse trabalho - de que a “psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta” (p.59). devemos também observar que o processo terapêutico deve estar, assim como o brincar, num espaço transicional. E que por esse motivo, o terapeuta deve estar numa área intermediária da experiência, onde o trabalho não é tanto de tratamento ou cura, mas sim de *sobrevivência* (Winnicott, 1970b/2005).

Para Dias (2002) uma das condições que possibilitam à mãe e ao analista realizarem a sua tarefa de sobrevivência é a crença no processo de amadurecimento. Essa crença diz respeito a afirmação de Winnicott (1961/2005) sobre a existência de algo em psicoterapia que não pode ser descrita apenas em termos de interpretação certa no momento certo. Segundo a autora, nesses momentos, devemos nos limitar a acompanhar o paciente de maneira real e pessoal, ciente de que não há nada a fazer, a não ser facilitar um processo de amadurecimento que pertence ao paciente.

3. MÉTODO

A intenção desse trabalho é a de desenvolver um estudo descritivo sobre as práticas e vivências do terapeuta que trabalha com a clínica do sofrimento psíquico grave ou crise do tipo psicótica. Tomamos como base as particularidades para a prática dessa especificidade clínica, os processos transferenciais e contratransferenciais enfrentados pelo terapeuta, bem como as possíveis implicações dessas vivências para o mesmo.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, onde metodologia desta pesquisa conduziu à investigação dos elementos particulares nas falas dos terapeutas, por isso, a ênfase é dada aos afetos, conteúdos e representações que permeiam a relação terapêutica, estas identificadas e associadas pelos profissionais em suas falas ou interpretadas pela pesquisadora na análise dos dados. Segundo os objetivos da pesquisa, adotamos para a coleta de dados o procedimento de realização de entrevistas semi-estruturadas junto aos sujeitos (no caso psicoterapeutas que trabalham na clínica do sofrimento psíquico grave).

Para a análise dos dados, utilizamos nesse trabalho o método de análise de discurso. Empregamos o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem. Segundo Bardin (2008), a análise de discurso procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, em outras palavras pode-se dizer que a análise de discurso é uma busca de outras realidades através das mensagens. Assim, esta análise é considerada como um método de técnicas múltiplas e multiplicadas, por isso, como técnica, utilizamos a análise categorial em conjunto à análise da enunciação. A análise da enunciação considera o discurso como sendo um produto não-acabado, sendo um

momento num processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências, de imperfeições (Bardin, 2008).

Além disso, optamos pelo uso da teoria fundamentada, visando deslocar a investigação qualitativa para além dos estudos descritivos, em direção à esfera dos arranjos teóricos explanatórios. Dessa maneira, produzir compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados, nessa perspectiva há uma pressuposição de que a interação é inerentemente dinâmica e interpretativa, e trata de como as pessoas criam, representam e modificam os significados e as ações. Assim, “os métodos da teoria fundamentada podem completar outras abordagens de análise de dados qualitativos, em vez de estarem em oposição a eles” (Charmaz, 2009).

Além disso, nos apoiamos na teoria psicanalítica, prioritariamente as teorias de Winnicott, para a interpretação dos dados, bem como as discussões a respeito dos dados e resultados.

A combinação da teoria psicanalítica junto às técnicas de análise dos dados citadas serve nessa pesquisa para: 1 – auxiliar a análise de conteúdos manifestos e latentes nas falas dos participantes da pesquisa; 2 – considerar a dimensão inconsciente presente nos relatos dos sujeitos; 3 – criar na relação pesquisadora e sujeitos um ambiente que favorecesse o relato dos participantes acerca de conteúdos particulares da história de vida e de suas experiências nessa especificidade clínica de atendimento a indivíduos em sofrimento psíquico grave; 4 – analisar a posição da pesquisadora junto aos sujeitos e suas implicações subjetivas durante a pesquisa.

3.1 Procedimentos para coleta de dados:

Os participantes foram contatados para a apresentação da pesquisa, bem como para o convite à realização das entrevistas. Conforme acordo estabelecido, o nome dos

mesmos não foi mencionado, nem qualquer detalhe que de alguma maneira poderia identificá-los, resguardando a privacidade dos profissionais que voluntariamente decidiram pela participação.

Um roteiro para entrevistas semi-estruturadas foi elaborado com questões provocadoras (ANEXO 1), onde a finalidade foi destacar – no diálogo com os sujeitos – conteúdos, representações e afetos que priorizavam a questão em estudo. Também consideramos aqui como uma modalidade de entrevista intensiva, ou seja, uma conversa orientada onde o pesquisador pede que o participante descreva e reflita sobre suas experiências de maneira que, raramente, ocorrem em sua vida cotidiana (Charmaz, 2009). O lugar do pesquisador é de escuta sensível, de modo a estimular o participante a responder.

Participaram dessa pesquisa 8 sujeitos, as entrevistas foram individuais e tiveram duração entre 30 a 55 minutos por participante. Como este estudo tem objetivo exploratório, não se faz necessário um grande número de participantes, a intenção aqui está na exploração das categorias de análise que foram construídas na fala dos sujeitos, bem como as relações entre as mesmas.

Todos os entrevistados são psicólogos e trabalham com a especificidade da clínica do sofrimento psíquico grave. Consideramos importante enfatizar o fato de que nem todos os profissionais se denominaram analistas (apesar de todos os entrevistados possuírem uma abordagem de trabalho psicodinâmica), dessa maneira, não estamos lidando com a clínica psicanalítica *stricto sensu*, apesar de a teoria psicanalítica se fazer fundamental na análise dos dados, bem como na estruturação teórica.

A escolha dos participantes dessa pesquisa se deu por conveniência, desse modo, todos os participantes do estudo tiveram algum contato prévio com a pesquisadora. Esses contatos se deram nos contextos profissionais e acadêmicos.

Em relação a idade dos participantes, observamos uma frequência de 5 (cinco) profissionais com idades entre 25 e 29 anos; 2 (dois) profissionais entre 30 e 39 anos e 1 (um) participante na faixa de idade entre 40 e 49 anos. É importante ressaltar que apenas um participante era do sexo masculino, sendo as outras sete restantes mulheres.

Sobre o tempo de atuação na Clínica do Sofrimento Psíquico Grave, 3 (três) participantes atuam nessa especificidade clínica de 1 a 5 anos e 5 (cinco) participantes atuam entre 6 e 10 anos.

3.2 Procedimentos para análise das entrevistas:

Para o trabalho sobre o material coletado, utilizamos prioritariamente a análise de discurso (Bardin, 2008), fazemos uso dos indicadores qualitativos e conjuntamente apoiados pela teoria fundamentada e pela teoria psicanalítica. A teoria fundamentada se mostra importante aqui, pois seus métodos baseiam-se em diretrizes sistemáticas, ainda que flexíveis, para coletar e analisar os dados visando à construção de “teorias fundamentadas” nos próprios dados. (Charmaz, 2009).

Para a construção das categorias de análise, utilizamos duas perspectivas: a frequência com que as temáticas apareciam nas falas dos participantes e as respostas dos sujeitos com base nas questões disparadoras do instrumento.

As categorias apoiadas nas frequências de respostas foram divididas pelos contextos e frases que apareciam ao longo do discurso, e que mais se repetiam. A outra forma de categorização foi baseada pelas respostas dos participantes às perguntas do instrumento com questões disparadoras. Aqui, as categorias foram criadas com base nas

respostas dos participantes de acordo com suas semelhanças, diferenças ou repetição de conteúdos, afetos e representações significativos segundo as características destacadas.

Todas as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal. Consideramos esse feito importante, pois durante a audição e transcrição das mesmas, muitos conteúdos latentes – que não estão necessariamente no discurso direto - puderam ser percebidos e pré-elaborados.

3.3 Etapas da análise:

(1) Inicialmente fizemos a leitura de cada entrevista destacando as respostas e tomando por referência conteúdos cujas significações foram relatadas pelos sujeitos como semelhantes. Esta primeira aproximação ao material resultou numa extensa lista de todos os relatos para cada pergunta do instrumento.

(2) A seguir, com a transcrição das entrevistas, retornamos à audição das mesmas, onde fazemos um confronto entre os contextos falado e transcrito. Consideramos, de forma privilegiada, nas falas dos profissionais:

- Pausas e períodos de silêncio na significação e relato das vivências, indicando um trabalho de elaboração psíquica necessária à comunicação de experiências;
- A tradução em palavras, pelos sujeitos, dos significados das analogias, chistes, ditos populares, metáforas e condensações operadas na fala;
- A colocação em palavras dos afetos surgidos no contexto da entrevista e daqueles que foram lembrados e re-significados ao longo da fala de cada sujeito, todos esses remetidos à atividade profissional;
- Os elementos que indicavam a relação estabelecida com a pesquisadora.

Deste procedimento resultou a associação dos conteúdos aos afetos e às representações interpretados, assim nos foi permitida uma visão psicodinâmica dos dados – referenciada à entrevista de cada participante. É importante deixar claro que os afetos e representações não estão necessariamente dentro do discurso manifesto dos sujeitos, ou seja, da linguagem falada. Alguns desses conteúdos foram interpretados pela pesquisadora.

(3) Da lista de todas as respostas foram feitas codificações. Codificar significa categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que, simultaneamente, resume e representa cada parte dos dados (Charmaz, 2009). A codificação é o elo fundamental entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. É pela codificação que definimos o que ocorre nos dados e começamos a debater com o que isso significa (idem, 2009).

Utilizamos o método de codificação linha a linha (Glaser, 1978 apud Charmaz, 2009) para a análise dos dados. Assim obtemos uma perspectiva mais precisa da fala dos participantes e, provavelmente, daquilo com que eles se debatem. Aqui podemos perceber que até mesmo um enunciado curto pode tratar de vários pontos importantes, e por isso, ilustrar diversas categorias distintas.

(4) Da codificação, as categorias temáticas foram definidas. Estas surgiram a partir de uma análise minuciosa dos dados e definição de significados dentro deles. Optamos por manter, na descrição das categorias, as formas relatadas pelos sujeitos, ou seja, elas não foram criadas pela pesquisadora, mas retiradas do contexto literal da fala (frases) dos entrevistados.

(5) Por fim tentamos estabelecer conexões entre os dados obtidos e a teoria psicanalítica para a construção de uma teoria fundamentada e edificada a partir das

perspectivas trazidas durante a experiência nesta pesquisa. Meu percurso profissional e pessoal também influencia de alguma maneira a interpretação dos dados.

Assim, estou ciente que “uma teoria permite-nos transcender as explicações e compreensões comuns e observar determinadas realidades e não outras.” (Charmaz, 2009, p.202).

3.4 Considerações Éticas:

Quanto às questões éticas é importante elucidar que este projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília e por este aprovado, conforme ANEXO 2.

Como requisito para a participação da pesquisa, foi elaborado o TCLE (ANEXO 3). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, antes do início das entrevistas, autorizando a utilização e a publicação das informações coletadas, bem como a gravação das mesmas para posterior transcrição. Além disso, os sujeitos foram informados acerca do sigilo dos nomes e de quaisquer dados que poderiam identificá-los.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante o processo de análise dos dados, foram construídas três categorias. Dentro destas, algumas subcategorias também foram criadas com o objetivo de tornar mais clara a compreensão das falas dos sujeitos, bem como facilitar a análise dos dados dentro dos eixos temáticos.

O quadro abaixo enumera as três categorias construídas a partir da análise da fala dos sujeitos.

Categorias de Análise
1 – Particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave 1.1 Do trabalho e atuação do terapeuta 1.2 Limitações dessa prática clínica
2 – Vivências experimentadas pelo terapeuta no trabalho clínico 2.1 Mal sucedidas 2.2 Lugares ocupados pelo terapeuta
3 – Estratégias para lidar com as particularidades 3.1 Positivas 3.2 Negativas

As descrições das categorias bem como a apresentação de algumas falas ilustrativas encontram-se relacionadas abaixo. É importante ressaltar que existem limitações de tempo e espaço para esta dissertação de mestrado, por isso, para a discussão, só nos detemos especificamente naquelas que consideramos mais significativas e que fazem parte dos objetivos gerais e específicos desse trabalho. Consideramos como significativas aquelas subcategorias que aparecem com mais frequência nas falas dos entrevistados, bem como as que qualitativamente se destacam dentro do discurso dos mesmos.

4.1 – Particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave:

Essa categoria enquadra as particularidades, ou seja, as principais características dessa modalidade clínica apontadas pelos participantes. Foram incluídas 2 (duas) subcategorias: particularidades sobre o trabalho e atuação do terapeuta e limitações para prática clínica.

4.1.1 Do trabalho e atuação do terapeuta:

A grande maioria das respostas envolvia questões sobre as particularidades de atuação do terapeuta como, por exemplo, o vínculo, a disponibilidade, a comunicação e a dificuldade das técnicas. As respostas apresentavam conteúdos pessoais, onde os terapeutas, em suas falas, se colocavam como diretamente envolvidos nessas características clínicas.

“Na psicose, a meu ver, a diferença gira muito em torno disso. Invade os seus horários, invade a sua vida particular, seu telefone toca e é ele né? Tem que rever os seus horários, você vai abrir algum a mais, você também vai sonhar com conteúdos né? É como eu disse, o que bate na gente é tão de inconsciente pra inconsciente assim que vai e me impõe. E que até entram questões na minha vida assim né?” (2)

O envolvimento pessoal dos participantes na descrição das características dessa modalidade clínica, pode apontar para o início de um entendimento sobre a importância do encontro sensível no processo terapêutico, onde “sua efetividade reside na via sensível da elaboração, o que implica a disponibilidade do psicanalista para se fazer presente no plano de afetação que se estabelece no *setting*” (Kupermann, 2010, p.38)

A questão da disponibilidade afetiva e pessoal é bastante relatada pelos profissionais durante a entrevista. Podemos observar um entendimento de disponibilidade excessiva, onde o tratamento do paciente acaba por invadir outros espaços, como, por exemplo, a vida pessoal do terapeuta.

“Também assim na questão de, de... disponibilidade emocional e de tempo e de marcar encontros e tudo, pra você escutar não só o paciente mas a família. E aí vão acontecer várias coisas porque ao mesmo tempo que você tem que tá atenta a questões individuais você tem que tá atenta pra relações familiares né?” (7)

“(...) trabalhar com a ansiedade de que você é que tem que estar disponível, de que você tem que tá estudando o tempo inteiro...” (4)

Quando Green (1988) afirma,

no final, o objeto analítico real nem está do lado do paciente nem do analista, mas no encontro destas duas comunicações no espaço potencial que está entre elas, limitado pelo contexto que é interrompido a cada separação e reconstituído em cada novo encontro (p .54).

Observamos que existe uma posição do autor no sentido de que o espaço de análise se refere aos minutos no qual o terapeuta se encontra em sessão com o paciente. No entanto, não é o que observamos na fala dos participantes. Aqui parece haver uma sobrecarga afetiva, a disponibilidade ultrapassa o espaço físico de encontro.

“É a disponibilidade de que você precisa ter, eu já passei o meu domingo de carnaval gerenciando crise de três horas no telefone.” (4)

“E eu sou capaz de perder o meu domingo inteiro de descanso pra poder estar com aquela pessoa encaminhando ou tomando é... dando direcionamento pra que ela seja tratada, esteja numa questão de crise em medicação, encaminhamentos e essas coisas. Mas eu acho que o papel é de acolhimento mesmo, é de você... é uma doação” (1)

Ter coragem e preparo para trabalhar nessa modalidade: parece que há um entendimento de perigo e grande dificuldade. A disponibilidade do terapeuta deve ultrapassar seus preconceitos e medos. Aqui a psicoterapia para o terapeuta é referida como uma forte aliada.

“Você precisa de muita psicoterapia para o terapeuta. Eu acho que é muito útil né? Porque você tem que lidar com o seu medo, um medo que a maioria das pessoas tem da loucura né? Do que é desregrado, do que é sem controle, do que é sem limite né? Do que é... sem parâmetro, sem abertura né? É... então é uma clínica que você tem que se abrir né? E entrar no mundo da loucura e viajar la dentro né? É... você tem que ter coragem, tem que ter preparo (...)” (6)

É mencionada, pelos terapeutas, uma particularidade para o estabelecimento de vínculo nessa modalidade clínica. Podemos observar que esta diferença está relacionada à dificuldade que esse estabelecimento impõe durante a relação terapêutica.

“Você criar um... estabelecer um laço clínico é bem mais difícil, bem mais demorado eu diria”. (6)

“Pra mim isso é uma grande dificuldade, porque não é inacessível, embora seja difícil, não é inacessível. Embora você não tenha como prever como vai estabelecer o vínculo né? Eu acho que talvez nunca tenha, mas é muito inusitado nessa clínica né? Essa clínica dos transtornos psiquiátricos, mas não tem como prever, acontece...” (2)

Sobre a flexibilização da técnica na prática psicanalítica com a particularidade da psicose, Winnicott (1961/2005) afirma que, existem muitas variedades de psicoterapia, estas deveriam depender não dos pontos de vista do terapeuta, mas das necessidades do paciente ou do caso. Os participantes apontam sobre uma impossibilidade de rigidez técnica para essa modalidade clínica.

“(...) com cada paciente você é um terapeuta né? E nessa clínica mais ainda né? com cada paciente você acaba desenvolvendo uma escuta diferente, uma forma de pontuar diferente né? E tem que ser muito né? Assim, próprio daquele paciente.” (7)

A questão da presença sensível por parte do profissional também é colocada como um fator importante para a formação do vínculo. A proximidade afetiva é apontada como condição para a eficácia terapêutica.

“(...) e aí ainda tem isso é um lugar que aos poucos você vai construindo um saber que não necessariamente é comunicado na hora que você entende. Então é uma clínica do aos pouquinhos, é uma clínica que eu acho que é muito mais pela presença comigo, sensível mesmo (...)” (3)

“(...) tem que gostar muito pra atender. É, acho que tem isso, essa proximidade afetiva realmente presente, senão não funciona.” (3)

Os profissionais durante a entrevista referem à comunicação como uma particularidade dessa clínica. As intervenções não passam necessariamente pela palavra, o corpo é colocado como um forte aliado na relação terapêutica.

“E é difícil você achar partes pra começar a conseguir fazer uso daquilo né? De uma forma a representar, e o que não passa por palavras né? Porque a palavra nessas horas ela é... ela não serve de nada. Ela não contempla, então é uma questão que tem que passar pelo corpo (...)” (3)

“E um gesto, um olhar principalmente quando você vai entrar na relação é que vai criando, e aí você vai poder representar de uma forma ou de outra que não necessariamente pela palavra (...)” (3)

Para o sujeito psicótico, Winnicott (1967/2005) afirma que o *holding* pode ser feito, com sucesso, por alguém que não tenha o menor conhecimento intelectual daquilo que está ocorrendo com o indivíduo; assim, o que se exige é a capacidade de se identificar, de perceber como o paciente está se sentindo. Aqui podemos observar que os terapeutas consideram essa especificidade clínica como sem manuais ou mesmo regras claras e definidas. Os participantes apontam que questão do estudo da técnica não garante, necessariamente, boas intervenções terapêuticas para os profissionais. Aqui, os terapeutas parecem valorizar o *estar com*, ou seja, a importância de uma presença sensível do terapeuta para a promoção do encontro clínico no processo terapêutico.

“É uma coisa atemporal, atécnica, a qualquer coisa. Porque não tem. Não é uma clínica que você tem horário marcado pra começar a sessão e horário marcado pra terminar sessão. Não é uma clínica que você ter estudado, você ter supervisão, você ter formação te garanta boas intervenções.” (4)

“E aí nesse tipo de clínica a gente vê né? Que esse tipo de técnica não funciona assim então acho que um ponto muito forte assim que essa clínica evoca pra a gente é, é... que tipo de ferramentas utilizar, que tipo de instrumentos. Porque o que até então a gente tá acostumado não funciona né? E aí você se percebe fazendo coisas que você não estudou durante o seu curso de psicologia inteiro né? E você não encontra em nenhum manual (riso) né? De tipo guia prático e tudo.” (7)

Nessa fala podemos observar um entendimento sobre a necessidade de o terapeuta ter uma presença sensível, um *estar com* se faz necessário na medida em que o terapeuta precisa estar em devir ao lado do paciente.

“(...) na clínica da psicose você é o terapeuta que aquele paciente precisa. E você faz o que ele necessita naquele momento né? E aí você vai mudando a sua intervenção de acordo com o que ele vai precisando né?” (7)

“Você vai acolher, você vai ouvir, você vai tentar manejar uma situação que você não tem é... uma coisa específica, um caminho específico né?” (1)

4.1.2 Limitações dessa prática clínica:

Todos os terapeutas apontaram limitações para a prática da clínica do sofrimento psíquico grave. As limitações são de várias ordens, aqui as respostas foram bastante variadas. Houve apontamentos de limites do terapeuta, do paciente, do *setting*, das redes de apoio e da relação terapeuta/paciente.

Nos relatos dos participantes há um discurso claro de que existem inúmeras limitações, e de que é de extrema importância que o terapeuta se dê conta da existência das mesmas. O não-reconhecimento das limitações pode aumentar o sentimento de impotência e frustração.

“Acho que a gente tenta fazer por meio das possibilidades porque os limites são grandes né?” (7)

Os terapeutas entrevistados consideram como limitação a impossibilidade de, apenas com psicoterapia, realizar um trabalho com o sujeito em sofrimento psíquico grave. Estes enfatizam a importância de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento dos pacientes. Aqui a figura do psiquiatra é reconhecida como de imprescindível para o tratamento e trabalho conjunto.

“O trabalho de terapia e somente terapia fica uma coisa muito pequena também. Você sabe disso no próprio consultório, você sabe que a fala,

justamente por aquilo que eu já falei mais cedo, não é o bastante pra satisfazer sua aposta com o paciente né?” (5)

“Uma das coisas que eu acho impossível até o momento na psicose, e isso pode ser um limite, é trabalhar só com a psicoterapia. Eu não consigo imaginar a clínica da psicose sem a psiquiatria né? Eu acho que essa é uma limitação né? Que não tem... as vezes a neurose até dá só com a terapia né? Dependendo do caso.” (6)

Consultório é, em alguns momentos, entendido pelos terapeutas como uma limitação espacial para esse tipo de clínica. Para eles existem outras demandas dessa especificidade de pacientes que o ambiente de um consultório clássico não abarca.

“Eu acho que tem, é... limitações as vezes de formas de acolhimento né? Assim, de espaços, onde você, como e em que espaço você vai atender né? Então acho que as vezes o setting não é o lugar mais adequado pra atender o terapeuta né? Ops... o paciente! (risos). O terapeuta também as vezes não consegue ficar no setting! (risos)” (7)

No entanto, ao mesmo tempo em que há um entendimento de limites para o *setting*, há também uma compreensão da existência de maior abertura para a diversidade de atuações promovidas pelo terapeuta, aqui a criatividade do terapeuta torna-se um fator de grande importância.

A criatividade é colocada como uma forte aliada para lidar com o inesperado. Nesse sentido, o brincar se torna essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade, pois, “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto usufruem sua liberdade de criação” (Winnicott, 1971, p. 79). Por esse motivo, a redefinição do espaço analítico como um espaço de promoção do brincar se torna tão importante. Assim, o terapeuta deve favorecer o acesso ao lúdico para o analisando que se encontra incapaz de brincar (Kupermann, 2008).

“E ela pintava a minha unha, me abraçava, chorava e retornava a pintar a minha unha. Então quer dizer, setting? Que setting? Então pra mim na psicose tem uma abertura maior que você tem do que em outra clínica né? (...) Então essa coisa do setting, por exemplo, ela é completamente diferente né?” (6)

Aqui a criatividade do analista tem como função primordial a promoção de experiências capazes de constituir um devir, ou seja, um sentimento de continuidade de ser (Safra, 1999).

“A coisa tá tão avassaladora que não tem uma organização e nem possibilidade de uma organização lógica pra poder compartilhar com o outro que tá querendo ajudar. Então você tem que acolher e trabalhar de outra forma né?”
(2)

Alguns terapeutas apontam limites na comunicação terapeuta/paciente, principalmente nos episódios de crise em que o sujeito em atendimento está, segundo eles, em produção delirante e/ou em processo alucinatório.

Alguns entrevistados apontam um importante paradoxo, pois ao mesmo tempo em que o terapeuta se dispõe a ouvir o outro, em alguns momentos essa escuta é impossibilitada pela própria característica dos sintomas do sujeito em crise do tipo psicótica.

“(...) são os pontos paradoxais, porque você se dispõe a ouvir, por exemplo, um delírio acreditando que nesse delírio existe uma mensagem, existe é... um simbólico a ser construído, mas fica uma hora e meia escutando alguém delirando né? Assim... é uma limitação, você não entende nada. É só depois de três sessões com a pessoa ali delirando que você consegue entender alguma coisa, então acho que tem a limitação da comunicação né?” (4)

“Outro limite eu também já te falei, é a questão da fala, da linguagem. É a sensação de que estamos falando em registros diferentes, isso não é um privilégio do psicótico né? Do tipo psicótico. Isso é uma questão humana. Você falar com alguém é uma coisa super difícil, e... em se tratando de uma situação clínica, você fala com uma pessoa que delira, nossa! Isso vai tocar no seu, na sua sensação de limites justamente né?” (5)

Os participantes apontam algumas limitações dos serviços, das redes de apoio e escassez de profissionais que trabalham nessa clínica. Esse reduzido número de profissionais é referido quando o terapeuta busca um serviço de supervisão ou

indicações de outros serviços profissionais para compor uma equipe multidisciplinar para um acompanhamento integral do caso.

“(...) não é todo mundo que aceita trabalhar com isso, então... conseqüentemente você tem poucas pessoas que topam te orientar, estar te supervisionando, os casos clínicos né?” (4)

“Assim, eu acho que tem muitas questões aí sociais que dificultam né? Assim, de... é... propriamente da área da saúde eu acho que a gente encontra alguns momentos de dificuldades sabe? Do tipo Ah, todos os psiquiatras infantis do distrito federal, de Brasília tem uma lista enorme de espera, de espera de pacientes, então assim é muito difícil um paciente conseguir né? Assim, as vezes de emergência, o psiquiatra não tá disponível né? Então tem essa dificuldade aí, de encaminhar e de chegar aos serviços de saúde.” (7)

Os participantes também apontam uma limitação de recursos e políticas de assistência por parte do interesse público. Um sentimento de desamparo é citado, o terapeuta se sente sozinho no acompanhamento de um caso.

“Existe um limite pragmático também, você tá... eu já disse também mais cedo, você tá tratando também de uma área que é... desamparada sócio-culturalmente, historicamente, teoricamente. Quanto ente, ente, ente você quiser, você vai encontrando desamparo. Então seja por falta de recursos físicos assim, sala, espaço, hospital dia, residência terapêutica, é... CAPS, você não tem esse tipo de recurso né? Físico, material né? Gente pra propor uma equipe é... multidisciplinar pra tratar de um caso.” (5)

A intervenção familiar é, em alguns momentos, assinalada como detentora de limitações. Os terapeutas apontam dificuldades no trabalho de acompanhamento às famílias, onde estas são entendidas pelos profissionais como peças fundamentais no processo de tratamento do sujeito em sofrimento psíquico grave. Há uma compreensão de que a falta de adesão familiar compromete todo o tratamento do indivíduo, assim a família acaba sendo encarada como um limite e, em algumas ocasiões o tratamento depende diretamente desta.

“E outras vezes chega só o indivíduo, e o indivíduo muito solto né? Dependendo dessa rede. Aí é difícil você chamar essa família pra entrar e se comprometer com o processo né? Teria um limite eu acho né?” (4)

Para alguns participantes, o limite familiar gera frustração para o terapeuta.

Desse modo, em alguns casos, a família é vista como agente de boicote ao tratamento.

“De boicotar o tratamento, eu tenho evidenciado muito isso. Eu acho que essa é uma das minhas maiores frustrações. É ver a pessoa no processo de cura e chegar um ponto que família vai e boicota, eu acho que essa seria a primeira limitação.” (1)

Os limites que giram em torno da impotência do terapeuta falam, de certo modo, sobre os desejos desse terapeuta. Esses limites são construídos, na maioria das vezes, a partir de idéias idealizadas a respeito do trabalho do profissional e características que a pessoa do terapeuta deve ter nessa clínica.

“(...) outra limitação é o próprio limite, é uma coisa que a gente não consegue lidar bem.” (8)

“(...) eu acho que tem uma limitação prática de que eu não to na vida dessa pessoa, aí vem de novo a impotência, eu tenho que estar 24h pra poder fazer alguma coisa por ela.” (4)

“(...) eu acho que você não tendo um elaborado, não tendo um espaço interno pra acolher esse irrepresentável esse sem sentido, esse não saber, também é uma limitação pra atender esse tipo de clínica.” (3)

Há um apontamento de que existem características intrínsecas à pessoa do terapeuta que se propõe trabalhar com essa especificidade clínica. Essas características não são próprias a todos, e por isso, é considerada uma limitação. Alguns participantes citam a necessidade de uma estrutura emocional para lidar com a clínica do sofrimento psíquico grave, onde o profissional tem que lidar com o sofrimento em si mesmo.

“É... tem uma limitação pessoal eu acho, que não é qualquer pessoa que tem estrutura emocional pra lidar, então eu acho que é... demanda pessoas que tenham abertura né? Pra lidar com o sofrimento e pra lidar com o sofrimento em si, esse tipo de sofrimento. Então eu acho que tem característica pessoal mesmo de terapeuta pra terapeuta.” (7)

Os participantes apontam limitações para o compartilhamento de questões relacionadas às dificuldades dessa clínica e que, segundo eles, acabam sendo fonte de stress e sofrimento para o terapeuta.

“Eu acho que é conseguir falar sobre isso também. Porque vira, tem essa coisa de virar dor minha também, de virar um comprometimento meu né? Um fator estressante meu, enfim. Como é que eu falo disso então? Como é que eu exponho isso?” (2)

Apenas em ambientes restritos é permitido ao terapeuta falar sobre as questões que lhe causam incômodo e angústia. Esse limite é encarado como um fator negativo, pois, em muitos momentos a necessidade de se dar vazão aos afetos transcende os espaços considerados próprios para tal.

“Aí tem um limite porque se você tá num, sei lá, num banco... trabalho, você chega em casa e você pode falar como é que foi o seu dia de trabalho, você chega em casa da clínica, do atendimento num Caps ou coisa assim você não... Tem coisa que você não pode. Geralmente o código de ética não permite. Como é que você compartilha isso né? (4)

Em momentos restritos é permitido ao terapeuta falar sobre as questões do atendimento que lhe afeta diretamente. Nestas ocasiões é necessário habilidade para tratar dessas demandas, pois os terapeutas apontam uma grande dificuldade em falar sobre seus incômodos, sobre seu próprio sofrimento.

“Aí eu acho que é um limite estressor não ter passos e... Aí eu acho que contribui não ter habilidade pra falar sobre isso.” (1)

“Porque tem gente que não tem essa possibilidade de conversar sobre né? Eu acho que esse é um limite que eu pensei agora e é até interessante. (...) Dar conta disso do que é difícil falar também, é difícil tá em supervisão, é difícil dar essa entrevista...” (4)

A questão da cronicidade é entendida pelos participantes como um forte limite à intervenção terapêutica. Há um entendimento de que a partir da cronicidade a atuação

clínica psicológica fica mais difícil, o profissional esbarra com mais limitações a partir daí.

“(...) eles fazem pouco uso ou não tem acesso a planos de saúde, enfim... aí eu falo fazem pouco uso porque tem a dificuldade de sair de casa aí vão ficando, vão ficando crônicas, crônicas. E quando chegar, você já encontrou um limite.”
(4)

“Tem a questão da cronicidade que já existe num processo muito longo de muitas crises consecutivas, até de uma, da questão da medicação, da dependência medicamentosa, muitas vezes pra manter um equilíbrio, eu acho que também tem um limite. Porque qual é o nosso trabalho, a prevenção é atuar bem antes pra não ter dependência medicamentosa. Você pega uma pessoa que já tem uma dependência medicamentosa eu considero assim muito complicado você querer tirar essa dependência a nível do que a gente faz aqui. Porque ela já aderiu aquilo ali, porque ela já aderiu e se tirou ela vai ter crise de novo. Eu acho que é um limite fisiológico mesmo.” (1)

4.2 Vivências experimentadas pelo terapeuta no trabalho clínico:

Esta categoria enquadra aspectos a respeito das vivências do terapeuta durante o trabalho dessa particularidade clínica. Essa categoria inclui duas subcategorias: a primeira se relaciona a vivências consideradas como mal sucedidas, ou seja, àquelas que falam sobre situações de frustração, angústia, sentimento de impotência ou mesmo sofrimento para o terapeuta. A segunda subcategoria destaca os lugares ocupados pelo terapeuta nessa clínica.

4.2.1 Mal sucedidas:

Pacientes muito comprometidos pressionam demasiadamente a integridade do terapeuta, já que necessitam de contato humano e de sentimentos reais, além disso, precisam de uma confiança absoluta na relação da qual tanto dependem (Winnicott, 1961/2005). A proximidade na relação é em alguns momentos apontada pelos participantes como um fator desencadeador de stress e sofrimento. A disponibilidade afetiva é compreendida como necessária, mas ao mesmo tempo, essa proximidade gera

um conflito entre o que é da pessoa do terapeuta e o que é do outro. Existe uma sensação de estar mais exposto, onde o terapeuta se mostra mais presente e em consequência mais afetado.

“Outra coisa que gera muito stress também, é o fato de, digamos assim, você tá um pouco mais exposto também né? exatamente por isso né? por essa questão, você tá mais exposto porque... porque não adianta né? ficar só fazendo cara de paisagem, tem coisas que... a respeito da sua própria atuação como por exemplo, de um ato interpretativo né? que te coloca pra você colocar muito mais de você do que as vezes você gostaria até né?” (8)

“Uma relação que costuma ser muito mais próxima né? E também que fica muito mais próximo do sofrimento também, o que não deixa de ter efeitos em você mesmo né? E isso é uma coisa que gera muito stress né?” (3)

Zygouris (2003) entende que toda realidade na análise é construída em uma obra comum. Esta depende sempre do olhar e das certezas teóricas do profissional. Assim “a neutralidade do analista não existe a esse nível. Não passa de uma fábula” (p. 43). Aqui observamos a perda da chamada neutralidade clássica, o profissional se encontra pessoalmente e subjetivamente implicado na relação terapêutica.

“O fato de você tá o tempo todo disponível parece que você tá trabalhando... aquela história, eu to levando trabalho pra casa né?” (4)

Para intervir numa sessão ou num processo terapêutico, se faz necessário, um primeiro lugar, um *estar com* o paciente (Safra, 2004). Ao mesmo tempo é fundamental observar de que maneira essa posição está sendo compreendida pelos profissionais. Pois os terapeutas demonstram, em alguns momentos, uma sensação de sobrecarga afetiva, onde estes afirmam que em algumas ocasiões não conseguem sustentar um ‘estar com’ satisfatório. Parece existir uma exigência do próprio terapeuta para que ele seja afetado, do contrário, o trabalho ficaria impossibilitado. No entanto, o se deixar afetar também parece ser uma fonte de sofrimento para o terapeuta.

“De alguma forma que você atua, de alguma forma que você não consegue sustentar estar com, então você tem que tentar conter de alguma forma que é pra você e não pra ele né? Então pra mim essas leituras são perigosas, e que geram muito sofrimento e você tem que estar com pernas pra sustentar a loucura do outro.” (3)

“Porque é algo que mexe, que te mobiliza. Eu acho que tem uma afetação né? Do, do terapeuta assim dentro da problemática. É uma clínica que se você não for afetado você não consegue trabalhar. E ao mesmo tempo isso é fonte de sofrimento, porque você tem que lidar com essas questões e nem sempre você tá pronta pra isso né? Pra lidar com essa questão... então eu acho que esse é um sofrimento muito grande né?” (7)

O sentimento de falta de controle da situação aliado à sensação de impotência é apontado pelos participantes como desencadeadora de stress. Os terapeutas se consideram impotentes frente à emergência de novas crises.

“Me estressa a falta de controle que a gente tem da situação, e a percepção de que você é impotente diante daquela situação” (1)

“Eu acho que gera stress, é... esse sentimento que a gente tem que lidar, por exemplo, de ter medo, de ter nojo, de ter impotências frente a todo histórico que leva ao estabelecimento da crise, ao sofrimento psíquico grave...” (2)

Parece existir um sentimento de frustração dos terapeutas quando estes lidam com a questão da imprevisibilidade de recorrência de novas crises.

“clientes que eu não imaginava que iria entrar numa situação de crise e entram e aquilo também me desgasta.” (4)

Safra (2005) relata que há uma grande valorização da linguagem discursiva na nossa cultura, e que por esse motivo, a concepção de um fenômeno que não pode ser passível de codificação se torna muito difícil. Assim, segundo o autor, para que o profissional compreenda o fenômeno que se apresenta na situação clínica, este precisará recorrer às articulações discursivas e estéticas específicas do sujeito em questão. É importante que se utilize os referentes da própria organização semântica do sujeito.

A falta de compreensão na relação terapêutica aparece como fator gerador de angústia para o profissional. Nas falas podemos observar uma necessidade de compreender o que se passa e, quando isso não ocorre, o terapeuta se sente responsável. Os participantes relatam sentir sensações de fracasso e impotência, a angústia também é muito citada.

“A pessoa em crise ela fala vários assuntos ao mesmo tempo e você não entende nada do que ela tá falando, você não sabe de onde ela tá tirando aqueles assuntos.” (1)

“Eu acho que muitas vezes a nossa pressa em saber, e a pressa em interpretar é a nossa posição da nossa angústia, um lugar de não saber, um lugar que a gente não quer. E acaba que a gente atua como uma invasão né?” (3)

“Me dava muita angústia no começo, muita angústia. Hoje me dá um pouco menos de angústia, mas é... e antes também tinha uma coisa da impotência né? Que eu já falei, é um pouco vago, mas era uma coisa que no início da prática clínica me dava a impressão de que eu é que não tava sabendo fazer direito, que eu não tava conseguindo perguntar as coisas certas muitas vezes, que eu não tava conseguindo ter um mínimo de compreensão lógica que era na minha linguagem né? Assim era o meu desejo.” (2)

Nas falas, os terapeutas parecem buscar causalidades para o sofrimento psíquico do outro. A necessidade de explicações sobre as causas seu próprio sofrimento aparece como um fator gerador de angústia para os participantes.

“O que mais angustia é exatamente essa impotência mesmo de não saber o que tá acontecendo. Uma coisa que eu observei é exatamente o que gerou a crise, de onde veio, qual foi o pontinho existencial, que é o que a gente só descobre no final de tudo né? E a minha angústia inicial é isso, de onde vem isso. E tentar elaborar, levantar hipóteses o tempo todo né?” (1)

Se deparar com os próprios limites parece ser um fator de sofrimento para o terapeuta. Ao se disponibilizar, este cria expectativas que giram em torno de uma intervenção eficaz, no sentido de o paciente sair da crise ou não reincidir nesta. O fracasso da análise é considerado como responsabilidade do terapeuta – o paciente aqui é entendido, de certo modo, como passivo no processo.

”Porque a gente... se dispõe a estar o tempo inteiro pra essas pessoas né? Nessa situação. Mas isso também não adianta de nada né? Assim, é uma... é um pontinho no percurso da pessoa e... isso é muito frustrante.” (4)

“Bom, de stress... eu acho que um dos maiores é de tipo... quando você não encontra uma intervenção eficaz sabe? Quando você não consegue encontrar assim... ou quando você sente que o tratamento não tá caminhando tão bem quanto poderia tá caminhando né? Como é o tratamento dos outros pacientes né? Ou quando você percebe que o o paciente, depois de tudo que você fez o paciente entrou em crise né? Eu acho que é... a própria característica da clínica você sabe que é uma fonte de stress assim, o fato de ser grave, de que as vezes o paciente vai entrar em crise mesmo né? Ou não vai progredir o tanto que você gostaria ou que você esperava né?” (7)

“Já me incomodei por ter sido menos do que eu exijo de mim, assim... poxa, aquela sensação de que eu errei e de que não podia ter errado... e aí eu acho que é um incômodo de manter um nível muito utópico e que vai voltar sempre como uma questão de sofrimento mesmo (...)” (4)

É relatado pelos participantes, que quando se deparam com seus próprios limites os levam à uma reflexão sobre a real disponibilidade para atender casos dessa especificidade clínica.

“Eu acho que é uma clínica que questiona justamente é... você enquanto profissional o tempo inteiro né? Tá te questionando enquanto profissional, enquanto sujeito, porque você tá lidando com outros sujeitos né? A sua própria disponibilidade né? De continuar a atender...” (7)

Para chaves (2001) é necessário que a paciência e prudência caminhem juntas. Para o autor a angústia frente a espera é, na maior parte das vezes, característica dos iniciantes. Desse modo, paciência e prudência precisam ser exercitadas e mobilizadas pelo profissional. A questão da espera – no sentido de promoção de um resultado terapêutico ou uma melhora - é compreendida pelos participantes como um fator de angústia. O tempo do paciente é entendido como diferente do tempo do terapeuta.

“Então é uma clínica que as vezes demora a dar um retorno que possibilite você a continuar o trabalho né? Assim, diferente dos outros pacientes que você vê grandes progressos né? É uma clínica que as vezes não tem grandes progressos né?” (7)

“E aí vai do tempo do paciente né? Não é o seu tempo... Eu acho que a gente tá na contra-mão da modernidade (risos).” (7)

“(...) então eu acho que é isso. De você não saber o que tá acontecendo. E simplesmente ter que ouvir, ouvir, ouvir, até ter a oportunidade de fazer as suas pontuações. Eu acho que isso me deixa angustiada.” (1)

Os dados encontrados indicam que, lidar com os preconceitos que o tema da loucura gera na sociedade é tratado como um desencadeador de stress para o terapeuta. Os participantes referem uma sensação de desamparo no trabalho clínico.

“A sociedade como um todo acredita que todo psicótico ou é praticamente um homicida ou um suicida, uma pessoa perigosa, e que ela é louca, que ela não cuida da sua vida e que ela não serve pra nada. É uma coisa muito difícil porque você tem que fazem um trabalho assim... longo né?” (6)

“(...) é um assunto que um brasileiro, em geral, é muito pouco informado, muito preconceituoso, e que passa ao longe de qualquer agenda de ação política, ação popular, ação cultural, acho isso uma coisa que eu já verifiquei na nossa realidade e que geralmente toca pessoas, os corajosos que investem nessa área.” (5)

A teoria aprendida durante a graduação parece não dar conta de abarcar as complexidades que essa especificidade clínica exige. Pois os participantes relatam escassez de variedade teórica para o tema da crise do tipo psicótica e do sofrimento psíquico grave. A teoria também parece representar para eles, uma busca de conforto para as angústias do ‘não saber fazer’ do terapeuta diante de uma crise psíquica.

“o primeiro sofrimento que eu tive foi uma... (riso) necessidade de estudo muito elevada. Muita leitura, é... e pouca coisa é, em termos percentuais, se a gente for comparar com a clínica da neurose né? Então existe literatura sobre psicose, mas se você vai com a da neurose não tem nem... né? Não tem nem um comparativo. Então é com certeza um trabalho de garimpo atrás de autores, será que alguém escreveu sobre isso? Se já né? É... muito leitura. A universidade não te forma para trabalhar na clínica da psicose, a universidade te prepara, e mal, pra trabalhar na clínica da neurose né?” (6)

A questão do adoecimento do terapeuta é levantada pela maioria dos participantes. As particularidades desse tipo de clínica como, por exemplo, a intensidade

do sofrimento do paciente e a maior disponibilidade afetiva do terapeuta, além dos sentimentos de frustração e impotência são citados como os principais desencadeadores desse adoecimento.

“Você se sente deprimido. Eu me sinto deprimida e... eu não sei se isso foi gerado a partir, não só dos atendimentos, mas até da minha dinâmica de vida. Eu cheguei a um estágio de depressão. Eu entendo que é... foi todo um contexto.” (1)

“E aí eu fui juntando durante todos esses anos, com o conteúdo do sofrimento grave, com essa angústia que gera naturalmente, essa impotência, essa coisa toda de lidar com isso o tempo todo, a questão do suicídio que tem muitas vezes em vários casos. E aí eu cheguei a um processo depressivo.” (1)

“Caímos num quadro muitas vezes depressivo, algumas coisas sintomáticas eu tenho me dá... queda imunológica mesmo, tenho crise de rinite alérgica que fica persistente, é... sintomas em geral de stress.” (2)

“Eu não sei se é todo mundo mas pelo menos eu compartilho com algumas pessoas é... uma sensibilidade de, de adoecimento mesmo.” (4)

Os terapeutas relatam que, em alguns momentos se encontram diretamente afetados com a crise de seu paciente. Segundo eles, esse fato se reflete em suas vidas de duas principais formas: com sintomas psíquicos como o nervosismo ou embotamento; ou a crise dos pacientes se reflete na vida prática do terapeuta, onde este deve mudar alguns dos seus hábitos, pois a clínica da crise não está apenas no espaço do consultório, esta ultrapassa os espaços físicos e temporais de uma sessão terapêutica, por exemplo.

“As vezes um comprometimento de, de... sei lá, contatos sociais, as vezes você fica tão embotado de, de lidar com a clínica da psicose, com os pacientes que fica anti-social (riso). Sei lá não quer sair.” (2)

“Então tem vezes que eu me percebo mais nervoso, que eu me percebo mais irritadiço, é... porque eu to com uma clientela em maior numero de crise, por exemplo né?” (4)

“Mas eu já fiquei sem dormir, fiquei... né? Com dificuldade pra dormir, eu tive já... já ganhei peso né? Porque a minha ansiedade é sempre, foi sempre, muito, muito oral. Então... passei a fumar mais, comer mais, até mesmo beber mais em

momentos em que eu tava com essa clientela mais freqüente digamos, ou em maior número né?” (4)

“Aprender a não deixar o celular no silencioso nunca, enquanto ta no cinema, tem que deixar no vibra call, esse tipo de coisa. Mas é um negócio que não tem problema, depois você acostuma né?” (6)

4.2.2 Lugares ocupados pelo terapeuta:

Essa subcategoria resgata, nas falas dos participantes, qual o lugar em que o terapeuta se vê a partir das vivências da relação terapêutica. Aqui também observamos narrativas sobre o papel, função, bem como, o desejo do terapeuta dentro da prática clínica.

“Esse estar com é estar aonde? Porque que quando uma pessoa chega pra mim ela não fica em atendimento, mas se eu encaminho pra você ela entra num processo frutífero, benéfico pra ela de tal forma... ué, eu não tava com ela? Você também não esteve? Qual foi a diferença? Acho... bom... Então não existe um lugar, existiriam lugares do terapeuta.” (4)

Um dos lugares ocupados pelo terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave, e que foi apontado pela maioria dos participantes, é um lugar que está ao lado do sujeito atendido, esse lugar podemos entender como sendo um de parceria. Aqui o paciente é entendido como ativo no processo do tratamento, o trabalho clínico se torna conjunto e é desenvolvido na relação mantida entre, geralmente, os dois atores.

“Absolutamente ao lado do sujeito, do cliente, do portador, enfim né? Eu acho que é um trabalho de parceria né?” (6)

“(...) acho que é comum na clínica, independente de ser com psicótico ou não é a gente conseguir respeitar o tempo né? Tanto o nosso tempo quanto o tempo do paciente que a gente ta tendo como parceiro assim, porque tem que ser uma parceria né? E até o tempo do próprio processo.” (2)

A identificação empática é citada como uma forma de compreensão do terapeuta sobre a dor do sujeito atendido por ele. Através da empatia há uma compreensão existencial sobre o sofrimento do outro, assim a noção de doença, parece deixar de ter importância nesse contexto.

“Você tem empatia. E eu observo uma coisa, que as vezes que em alguns momentos que houve essa experiência, o meu olhar, o meu olhar mesmo, em olhar pra ele, eu observava que era um olhar mais de assim... ‘pode falar que não tem problema’. Sabe? Eu notava que a pessoa a partir dali parece que o vínculo ficava mais forte, é como se a minha experiência, é como se ele soubesse que eu sabia exatamente o que ele tava me falando, e que a gente não precisava olhar a doença né?” (1)

Para os participantes, a identificação com o paciente pode ajudar no desenvolvimento do processo terapêutico. Pois, a partir da identificação do terapeuta com o paciente, o primeiro poderá decifrar ou colocar em palavras os afetos inomináveis, ou os que naquele momento não são possíveis de expressão pelo o paciente.

“O que o paciente tá sentindo as vezes você sente junto né? E é uma forma de você tá identificado com o que ele tá falando ou sentindo né? É a forma que você usa... e acredito que até é um dispositivo que você usa pra lidar com esses pacientes né? Se permitir tá identificada a um tal nível que você possa traduzir e colocar em palavras o que ele não consegue né?” (7)

Um participante utiliza a metáfora *carta na manga* para ilustrar que o paciente tem um papel de protagonista do seu próprio processo terapêutico, onde estes utilizam o trabalho do terapeuta com os recursos que possuem.

“(...) no final das contas não sou eu quem tem que ter uma carta na manga, mas acabo virando uma carta na manga pros pacientes né?” (4)

Alguns participantes citaram um lugar que pode ser entendido como uma espécie de imobilidade móvel. Apesar de soar como paradoxal, esse lugar fala sobre dois aspectos importantes de atuação do terapeuta dentro dessa prática clínica.

O primeiro deles diz respeito à posição ativa do terapeuta diante da clínica da crise, onde o profissional deve estar pessoalmente implicado e por isso acaba por reagir às questões colocadas pelo paciente e que repercutem na dinâmica do processo terapêutico. Por outro lado o terapeuta esbarra com os limites próprios a essa

modalidade clínica, do paciente atendido e do próprio terapeuta. Existe uma espécie de espaço possível à atuação, onde os limites não podem ser ultrapassados.

“Quando passa a crise, aí eu volto um pouquinho pra aquele papel de terapeuta mais estante (...)” (1)

“(...) as pessoas vão interagir comigo dentro da dinâmica delas, dentro dessa crise né? (...) E eu não vou ter muito como impedir isso, eu vou acabar reagido a isso ou então eu vou acabar limitando, intervindo diante, mas enfim, pra mim não deixa de ser uma certa reação assim. Parece ser um lugar um pouquinho imóvel. Porque você tá disponível mas não pode ultrapassar limites né?” (4)

Ao mesmo tempo em que o lugar do terapeuta é de acompanhar, de esperar o imprevisível há uma impossibilidade de o terapeuta ser passivo durante o processo. Existe uma noção de estar com que reflete uma presença sensível, onde até o sofrimento se torna comum.

“(...) é também um lugar paradoxal. Porque são situações... que se há o imprevisível, o imprevisível vem do outro, eu, eu fico imóvel, mas acho que não é uma imobilidade passiva somente. Eu acho que também tem muito movimento né? Tanto pela tensão que eu posso sentir, de estar com essas pessoas né? (...) de sofrer junto, de, de acabar sofrendo conseqüências com isso (...)”(4)

Os participantes apontaram um lugar de presença, de acompanhar àquele que está diante de si. Ou seja, existe uma noção de estar ao lado, onde intervenções diretas se mostram secundárias, aqui o mais importante é a demonstração do afeto e a posição de compreensão empática do terapeuta para o paciente. Aqui podemos notar que existe um entendimento do paciente como sujeito ativo no processo de construção do lugar do terapeuta. Ou seja, o lugar ocupado pelo profissional é, em grande medida, construído pelo paciente ou durante a relação estabelecida entre ambos protagonistas.

É esse acolhimento promovido pelo profissional que permite ao paciente romper com a barreira do isolamento traumático, se configurando assim a clínica do sensível. Aqui é promovido um encontro entre paciente e terapeuta (Kupermann, 2008). Para o

autor, é nesta que ocasião observamos uma “dimensão estética da clínica” (p. 167), que é o estatuto desse encontro afetivo, ou seja, são os modos pelos quais a produção de sentido na clínica deriva do que é experimentado afetivamente

“(...) eu acho que é um lugar que o paciente te coloca né? Assim, não tem muito um lugar nesse sentido, porque é um lugar que muda o tempo todo. E aí você tem que se adaptar a ele, mas eu acho que é uma presença né? Assim, de uma forma ou de outra é um lugar que você tá presente de alguma forma com o paciente, como é que você pode mostrar pra ele que você tá ali, e que ele ta sendo compreendido de alguma forma né? Então é um lugar que mostra presença e eu acho que mostra afeto né? É uma clínica que envolve muito essa questão do afeto.” (7)

“(...) é um lugar em que a sua presença é mais importante que a sua fala. É... eu acho que é isso, é um lugar em que você tem que estar atento pra sensação, é um lugar de presença, é um lugar... de estar com ele. Eu acho que ta muito mais voltado a presença do que lugar de representação. Então é sustentar a ansiedade, a angústia, essa agonia do outro né? Na presença dele, acho que é por aí.” (3)

Segundo os participantes, para ocupar esse lugar, se faz necessária a construção de um olhar diferenciado do terapeuta para o paciente.

“E aí me colocar numa posição de simplesmente ouvir, é... não tentar decifrar né? Não tentar saber exatamente o porquê daquilo, mas tentar compreender, porque eu acho que parte muito disso mesmo, da pessoa do analista, ele tem que estar numa posição onde ele simplesmente ouve, independente de ele ter um julgamento ou não (...)” (1)

O lugar do terapeuta também é compreendido a partir da construção do desejo do mesmo. Aqui existe a noção da importância de se dar conta de qual a demanda do profissional no atendimento clínico. Existe um desejo, por parte do terapeuta, de ver e sentir os resultados alcançados na prática clínica.

“Eu acho que a gente também tem uma demanda né? Quando a gente atende, e a gente se depara com essa demanda e tem que ter clareza do nosso desejo de, de entrar no lugar, de construir um lugar terapêutico que seja acolhedor, que seja continente né? É que... o que eu acho, na minha fantasia e que eu acho que

todos os terapeutas tem, pelo menos eu tenho né? Eu tenho o desejo de, de... ah, eu tenho uma demanda, eu quero poder fazer e sentir que eu to fazendo.” (2)

A idealização do trabalho e sua grande exigência pode ser um desencadeador de frustrações. O terapeuta sente que faz tudo o que está ao seu alcance e o seu melhor, mas tem que lidar com o imprevisível, aceita-lo e continuar.

“(...) é o meu trabalho, eu quero fazer bem feito, eu quero levar uma proposta, fazer uma intervenção, construir um projeto terapêutico de acordo com a singularidade desse sujeito ou dessa família. Só que aí meu irmão, é o imprevisível. Você pode fazer tudo isso, e lá na frente em vez de você andar pro lado, eles te colocam pra andar na diagonal. Não importa né? Assim...” (4)

4.3 Estratégias para lidar com as particularidades

Baseada nas respostas dos entrevistados pudemos observar dois grandes grupos, as formas *positivas* e as formas *negativas* de se lidar com as particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave que promovem a falência das técnicas psicoterapêuticas tidas como clássicas.

Como positivas, consideramos àquelas que, de alguma forma, envolviam uma espécie de superação, ou seja, uma tentativa de aplacar o stress ou mal-estar do terapeuta. Aqui podemos observar o ato de compartilhar, a busca de análise, entre outros.

As negativas, consideramos aquelas que percebemos como formas de defesa, ou mesmo reações frente ao mal estar gerado durante a prática dessa especificidade clínica. Aqui observamos questões como frustração, ansiedade ou tentativas de explicações racionalizadas sobre essa questão.

4.3.1 Positivas:

Todos os participantes relataram a busca de alguma ajuda especializada para lidar com as dificuldades do trabalho terapêutico que acarretam algum tipo de

sofrimento para o terapeuta. Podemos perceber aqui que existem questões do paciente que afetam diretamente a pessoa do terapeuta, e estas, no entendimento dos participantes, precisam ser trabalhadas num espaço próprio e particular, com ajuda de um profissional.

Para a promoção do encontro sensível entre paciente e terapeuta é exigida é grande disponibilidade afetiva por parte do último, bem como a ampliação dos limites do campo transferencial (Kupermann, 2008). Não é por acaso que Frenzi (1928/1992) propõe a *segunda regra fundamental* da psicanálise, ou seja, a análise do analista. Assim, o profissional se permitiria a vivenciar uma real implicação afetiva no espaço analítico do outro.

“Mas é uma coisa que você tem que aprender a lidar, por isso que é fundamental pra você ter todo um percurso de análise né? Eu acho que isso é muito importante.” (8)

“Fui pra psiquiatra também tomar uma medicação, pra baixar um pouco a ansiedade e até mesmo todos os sintomas da depressão né?” (1)

“E a terapia porque, não só com relação a minha atuação clínica né? Porque me faz lidar melhor com os meus sentimentos em geral, inclusive aqueles que vem contratransferencialmente né?” (2)

“São quatro anos de análise, a gente já vai lidando melhor. Graças a Deus né?” (3)

“Momentos de análise pra mim foram fundamentais, foi fundamental a terapia pessoal...” (4)

“Eu graças a Deus faço terapia.” (5)

“Assim, muita, muita análise pra dar conta.” (7)

Reconhecer os próprios limites é entendido como uma importante estratégia no trabalho clínico. Os tipos de limites citados estão: na esfera das limitações pessoais para o acompanhamento de um caso, na demarcação de um limite para a relação paciente/terapeuta e os intrínsecos a essa especificidade clínica.

No discurso dos participantes parece existir um entendimento de que a percepção da própria limitação é um aprendizado e, na maioria das vezes, vêm com a experiência.

“É importante também saber o seu limite. Isso principalmente né? Tem coisa que chega no seu limite e... isso precisa ficar bem marcado. Colocar limite também na relação né?” (8)

“(...) com o tempo você vai se acostumando e vai vendo que você vai fazendo o que dá.” (2)

“Eu acho que foi um momento também que eu comecei a criar uma certa casca, mas que eu não tinha uma... uma consciência de como fazer isso. Um distanciamento, então... eu passei a ser um pouco mais assertivo berando a grosseria no consultório sabe? Pra dizer, literalmente, o problema é seu, eu não tenho nada a ver com isso, a não ser durante o período que você resolve partilhar comigo né?” (4)

“Porque se a gente não tivesse limites a tendência seria você querer assumir uma postura idealizada pra você mesmo né? E muitas vezes tem a ver com você aprender que tem limitação né?” (8)

O ato de compartilhar, como uma estratégia para lidar com o stress e o sofrimento gerados no trabalho dessa especificidade clínica, é apontado pelos participantes em diversos contextos. Entre eles o ambiente profissional de supervisão/intervisão e com colegas de profissão em encontros sociais. Existe um reconhecimento da dificuldade de se trabalhar sozinho, por isso, o compartilhamento parece se tornar uma estratégia tão importante para aliviar as tensões.

“Eu procurei manter supervisão mais constante... e... mesmo entre amigos que é o que a gente fica chamando de intervisão.” (4)

“Eu acho que você tem que ter supervisão, realmente chega um ponto que você trava.” (7)

“Também, acho que você tem que ter espaço pra conseguir elaborar suas próprias angústias.” (3)

“Eu tenho uma equipe, atualmente, de trabalho e no início do meu trabalho também eu tinha isso, pra compartilhar inclusive isso né? De falar, e admitir

coisas que as vezes a gente acha condenável né? Você não pode ter nojo de alguém, e aí você tem que poder compartilhar isso né?” (2)

“Eu tenho uma, uma estratégia de, de lidar com os afetos insuportáveis que é o de compartilhar né? Hoje eu não sou uma pessoa que sofre sozinha né? “ (6)

“(...)o pessoal dessa área assim, ta sempre vivendo isso muito intenso. E pode perceber assim, quem sente pra conversar, ta na casa do amigo, ta numa mesinha de bar. Ta todo mundo, todo mundo que trabalha com isso vira e mexe é o assunto da noite, pode não ser da noite inteira mas as pessoas arrumam suas válvulas de escape, eu acho que até pra dar um descanso.” (4)

A desistência é colocada como uma alternativa para o profissional que está sozinho e trabalha na clínica do sofrimento psíquico grave. Há a compreensão de uma impossibilidade da realização do trabalho de maneira isolada, sem compartilhamento ou trabalhos conjuntos.

“Como é que você lida com o real? Aí só em grupo, porque sozinho é difícil...” (4)

“Se eu tivesse sozinho, cuidando de um caso de psicose, eu ia desistir rapidinho.” (5)

Podemos observar que a fala, no processo de compartilhamento, em algumas ocasiões pode vir a ocupar uma função de esvaziamento dos afetos. Aqui o esquecimento pode estar relacionado como uma estratégia de defesa.

“(...) acho que quando fala sai né? E fica mais fácil de esquecer, talvez seja isso né?” (6)

A experiência clínica e profissional é apontada como uma forte aliada para o enfrentamento do stress e sofrimento por parte do terapeuta. Os participantes demonstraram tanto uma idéia de que com, o tempo o profissional vai se acostumar e aprender a lidar com os limites impostos, quanto uma idéia de que, com a experiência, o profissional vai adquirindo estratégias de enfrentamento das questões que no início da prática são mais difíceis de lidar.

A questão do distanciamento e do ato de saber se diferenciar na emergência dos afetos também é entendida como uma aprendizagem promovida pela experiência e pelo tempo de análise pessoal.

“E no início era mais difícil, mas agora hoje em dia eu acho que é mais tranquilo.” (3)

“Com o tempo você vai se acostumando e vai vendo que você vai fazendo o que dá.” (2)

“Tem aquela coisa né? eu precisei entrar na crise pra saber lidar com ela” (1)

“(...) hoje em dia, uma hora que eu fico assim, eu consigo me dar conta do que está acontecendo, e de algum modo tentar me diferenciar, mas no início é uma coisa que é muito difícil, justamente por ter pouca experiência clínica e... com pouca análise mesmo.” (3)

“(...) mas eu penso que depende muito também do tempo que você está exposto a essa situação e do que você já tem de carta pra enfrentar sabe?” (4)

“Hoje em dia eu já entendi que eu vou sentar aqui nessa cadeira e vou ser uma ouvinte e acompanhar o ritmo né?” (1)

Os participantes demonstram um reconhecimento sobre a importância da diversão e do tempo livre para o bem-estar do terapeuta. No entanto, a fala abaixo reflete a dificuldade de se colocar em prática tal questão.

“(...) não, isso daqui que é rotina, meu trabalho que é coisa de extraterrestre, é... volta um pouco pra ver que existe vida, além disso, independente disso e que dá pra manter uma, uma questão de saúde, assim... curtir os feriados com limite de que você não vai tá tão disponível, viajar sem ter essa preocupação ou até completamente despreocupado.” (4)

4.3.2 Negativas:

Podemos observar um sentimento de frustração diante da própria crise psíquica, onde ao terapeuta não é autorizado o sofrimento. Há uma idéia de que o terapeuta deve identificar os sintomas iniciais de sua própria crise, já que trabalha com esta especificidade clínica. Há uma maior responsabilização sobre o próprio sofrer.

“E aí... comecei o tratamento, agora em termos emocionais como eu lidei com isso, muita frustração. Eu me senti extremamente frustrada, pra mim ter chegado aonde eu cheguei assim, né? Não ter percebido que eu estava chegando a isso. (...)Então eu fiquei emocionalmente muito frustrada por não ter parado, por ter esperado uma crise séria mesmo, de cunho fisiológico mesmo pra poder parar.” (1)

Na fala dos participantes, pudemos observar, em algumas ocasiões, uma intelectualização e racionalização para explicações sobre o próprio sofrimento. Os participantes reconhecem que em alguns momentos buscam a teoria como uma forma de defesa, afim de, buscar explicações racionalizadas a respeito de questões que envolvem as dificuldades na relação bem como o sofrimento do terapeuta.

“Desamparo é... pra nossa pequenez assim, pra nossa finitude que na hora que dói você quer é... o amparo de uma teoria, de um... de um supervisor, uma coisa assim.” (5)

“É engraçado eu falo muito dos livro né? Eu acho que esse é o primeiro ponto pra eu me defender dessa questão.” (8)

Há um discurso de que, apenas com o reconhecimento do fenômeno contratransferencial, durante um incômodo na relação, seria suficiente para amenizar a angústia do terapeuta.

“Quando tem conteúdo contratransferencial, aí pronto, aí então ta beleza, pra mim tranqüilo porque eu já sei que é meu.” (2)

A desistência é, em alguns momentos, encarada como uma alternativa para colocar fim ao sofrimento que essa especificidade clínica pode acarretar.

“O que eu vejo muito são... tem pessoas que desistem né? Que não conseguem lidar com esse tipo de comprometimento.” (2)

“E minha reação foi simplesmente sair do caso, eu não agüentei.” (8)

Consideramos como algumas formas de desistir apontadas pelos participantes; a esquiva em uma sessão difícil, a estratégia de desistir de um caso, ou até desistir do trabalho com a clínica do sofrimento psíquico grave.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O ser humano é essencialmente necessitado de ajuda, por estar sempre em perigo de se perder, de não conseguir dar conta de si mesmo” (Heidegger 1987).

Por fim, sentimos a necessidade de retornar mais uma vez aos objetivos escolhidos para esse trabalho: investigar e descrever as vivências experimentadas pelo terapeuta que trabalha na clínica do sofrimento psíquico grave, bem como apontar de que maneira a vivência dos profissionais dialoga com a teoria clínica das psicoses, especialmente a teoria winnicottiana. Como objetivos específicos este estudo se propôs a: Descrever as particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave apontadas pelos participantes; Analisar as narrativas dos terapeutas a respeito de suas vivências na clínica do sofrimento psíquico grave; Levantar as estratégias utilizadas pelos profissionais para lidar com as particularidades dessa clínica;

Nesta dissertação trabalhamos alguns conceitos ligados ao lugar e função do terapeuta, mais especificamente, na clínica do sofrimento psíquico grave. Traçamos um percurso teórico psicanalítico para abordar estas questões. Discutimos brevemente os trabalhos de Freud a respeito do papel do analista, bem como os afetos em que ele se via envolvido. Apresentamos, de maneira sucinta, a importância de um distanciamento afetivo do analista para Freud, ao mesmo tempo em que este discutia a necessidade do reconhecimento desses afetos por parte do profissional.

Também abordamos algumas idéias de Ferenczi a respeito dessa temática, este reconhece a importância da contratransferência para a prática analítica. Assim, para o autor, a contratransferência deveria ser examinada e compreendida analiticamente. O conceito de *tato psicológico* é levantado por Ferenczi como uma faculdade do sentir

com, ou seja, para este, era de extrema importância a promoção do encontro clínico estabelecido, entre outros, pelo *sentir com* do analista pelo paciente. Desse modo, a empatia se faz presente nesse momento.

Detemo-nos de maneira um pouco mais detalhada na teoria de Winnicott a respeito da função e lugares ocupados pelo analista. Para Dias (2003), a teoria do amadurecimento do sujeito é considerada como fundamental para a compreensão da construção teórica winnicottiana, bem como para a compreensão das dificuldades emocionais extremamente primitivas, como é o caso do sofrimento psíquico grave. Em Winnicott, o amadurecimento emocional nos estágios iniciais da vida se relaciona com os mesmos fenômenos que aparecem no estudo da esquizofrenia adulta. Aqui é importante a compreensão de que a psicose se origina num estágio em que o ser humano imaturo é inteiramente dependente do que o meio lhe proporciona (Winnicott, 1959-1964/2008).

Por isso se faz presente a importância de uma apreensão mais aprofundada a respeito da teoria winnicottiana do amadurecimento, bem como, a relação mãe e bebê estabelecida durante esse processo. Esta díade pode ser transposta para o vínculo paciente/terapeuta, na medida em que, no campo experiencial dessa especificidade clínica, a compreensão não acontece por via exclusivamente intelectual ou mental. Aqui é exigido um tipo de proximidade e comunicação com paciente semelhante ao contato estabelecido entre mãe e bebê. Ou seja, nesse contexto, a verbalização, na maioria das vezes, perde o seu significado (Winnicott, 1968b/2005). Para Dias (2003), é essencialmente o silêncio, a comunicação pré-verbal e a pré-representacional que pertencem a essa linguagem.

Nesta dissertação atribuímos algum destaque para a noção da experiência empática dentro do contexto clínico, na relação paciente/terapeuta. Safra (2008) afirma que a empatia é um fenômeno intrínseco à relação humana e, por esse motivo, se torna fundamental para a situação clínica. Ainda para o autor, a disponibilidade na clínica não é a mesma do cotidiano, ela é própria. Assim, a capacidade de compreensão empática depende disso. É importante estarmos atentos para o modo de estar frente ao outro na clínica. E definitivamente, não é apenas ouvindo. Aqui não basta só o escutar, também se faz necessário estar atento. Para Safra, a atenção demanda quietude e concentração da mente voltada para o outro. Por isso, para nós se faz tão importante um olhar teórico para esse fenômeno ainda timidamente explorado na teoria psicanalítica, mas já vivenciado por tantos terapeutas em suas práticas cotidianas.

Sobre a discussão dos dados alcançados na pesquisa, é importante enfatizar que as reflexões propostas nesse trabalho não se esgotam aqui. Por limitações de tempo e espaço nos dedicaremos à discussão mais aprofundada de apenas alguns recortes dos dados obtidos. Para nós, isso reflete sobre a riqueza e a complexidade do tema de estudo proposto.

Como forma de sintetizar os dados obtidos, que fizeram parte dessa discussão, apresentamos no quadro abaixo os temas que estiveram presentes nos principais resultados dessa investigação e que foram foco da nossa atenção.

Apresentação dos principais temas obtidos nas categorias de análise
--

A clínica do sofrimento psíquico grave é vista pelos profissionais como diferenciada, onde os terapeutas estão diretamente implicados. O vínculo terapêutico é intenso e, em alguns momentos invade a pessoa do terapeuta.
--

Na clínica do sofrimento psíquico grave, as regras clássicas sobre a técnica caem por terra, não existem manuais. Os participantes destacam novas possibilidades de trabalho clínico.
Dentro dos limites impostos pela particularidade clínica é possível a construção de novas possibilidades – importância do brincar e da criatividade.
Todos os terapeutas apontaram estratégias para lidar com as dificuldades da prática clínica, bem como os fatores geradores de stress e/ou sofrimento. Entre as estratégias espaço de análise ou psicoterapia para o profissional é apontado como a de maior importância.
Identificações pessoais do terapeuta com os pacientes são apontados pelos participantes como inerentes ao trabalho clínico. Ao mesmo tempo, a proximidade afetiva pode se transformar numa pesada carga emocional para o profissional.
São apontados alguns lugares ocupados pelo terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave. Todos esses envolvem o paciente, ou seja, a construção desse lugar só é possível pela presença e relacionamento estabelecido entre os atores.
A prática clínica do sofrimento psíquico grave não está apenas no consultório, esta ultrapassa os espaços físicos e temporais de uma sessão terapêutica.
Parece haver um sentimento de frustração diante da crise psíquica do próprio profissional. O discurso dos participantes é permeado pela idéia de que o terapeuta deve identificar os sintomas iniciais de sua própria crise, já que trabalha com esta especificidade clínica. Aqui há uma maior responsabilização sobre o próprio sofrer.

Todas as particularidades, da clínica do sofrimento psíquico grave, apontadas pelos participantes envolviam diretamente a pessoa do terapeuta, seja enquanto peculiaridade técnica e de atuação profissional ou enquanto particularidades na característica dos afetos/sentimentos e vínculos envolvidos na relação terapeuta/paciente. Ou seja, os terapeutas, em seu discurso, se colocam como diretamente e pessoalmente implicados no processo terapêutico do sujeito nessa especificidade clínica.

No relato dos participantes sobre as características dessa clínica, estes apontam sobre a inexistência de manuais ou regras estabelecidas. Onde, apenas o estudo de técnicas não garante boas intervenções. Aqui, os participantes valorizam o *estar com*, ou seja, a importância de uma presença sensível do terapeuta para a promoção do encontro clínico no processo terapêutico. Desse modo o discurso dos participantes se encontra com o de Winnicott (1965/2005), onde este afirma que “não existem instruções técnicas nítidas a serem dadas ao terapeuta, uma vez que ele deve ficar livre para adotar qualquer técnica que seja apropriada ao caso” (p.247).

Assim, abre-se espaço na clínica para a criatividade, o lúdico, o brincar. Para Safra (2005) é na satisfação lúdica que fica preservada a comunicação, pois aqui há o reconhecimento da subjetividade humana aguardando o encontro que permite o acesso à existência humana.

Aqui observa-se uma espécie de falência das teorias reconhecidamente clássicas para a prática dessa modalidade clínica. Desse modo, outras estratégias são encontradas para o manejo terapêutico. Dias (2008) elucida que na afirmação winnicottiana sobre a psicanálise nem sempre se fazer presente por meio das interpretações, reside o entendimento de que os recursos terapêuticos para essa clientela deve ser diferenciado. Assim, na clínica do sofrimento psíquico grave estamos lidando com um sofrimento do tipo primitivo, e que por isso, estamos no âmbito interpessoal, ou melhor, de dependência absoluta (Dias, 2008). Nesta ocasião se faz necessária uma presença real e pessoal por parte do terapeuta.

A subcategoria que se refere às vivências mal sucedidas do terapeuta na prática dessa particularidade clínica foi bastante extensa. Aqui o discurso dos participantes é permeado por afetos. O stress, angústia e sofrimento foram os mais presentes durante os

relatos dessas vivências. Desse modo, devemos pensar a saúde do terapeuta, no sentido deste dispor das competências necessárias à escuta da alteridade. Aqui se impõe como o terceiro princípio da ética do cuidado norteadora dos caminhos da clínica psicanalítica, ao lado da hospitalidade e da empatia (Kupermann, 2009). A ‘segunda regra fundamental da psicanálise’, formulada por Ferenczi (1928/1992) – a análise do analista –, aponta nessa direção, e explicita de que maneira a paciência, o acolhimento, o jogo compartilhado e a resistência elástica aos impulsos destrutivos, na interação com o analisando, são conquistas necessárias para a viabilidade da psicanálise.

No discurso dos participantes, observamos que disponibilidade afetiva do terapeuta; a imprevisibilidade; a falta de compreensão deste em relação ao paciente e o sentimento de impotência gerado na prática dessa especificidade clínica são os principais fatores apontados para a ocorrência desses afetos e vivências. Assim, observamos uma pesada carga emocional para os terapeutas que cuidam, além disso, o encontro afetivo, muitas vezes apontado como sendo imprescindível para essa clínica, é também um fator desencadeador de stress ou sofrimento para o terapeuta.

Todos os participantes apontam estratégias para lidar com o próprio sofrimento mobilizado nessa particularidade clínica. A maioria dessas estratégias envolve buscas para a elaboração desses sentimentos, compartilhamento com as redes de apoio, bem como a compreensão e delimitação dos próprios limites. Assim, observamos que apesar das dificuldades inerentes desse trabalho clínico, os profissionais encontram suas próprias maneiras de enfrentá-las.

Todos os terapeutas reconhecem limites para a prática dessa especificidade clínica. As limitações envolvem três principais esferas: limites do terapeuta, que são entendidos pelos participantes como impotência; limites para o estabelecimento de vínculo. E ainda, limites de intervenção sobre o paciente, aqui observamos que esse

limite está muito relacionado ao desejo do terapeuta. Ou seja, quanto maiores são suas expectativas, mais limites encontrarão para a prática clínica. Pois nesses casos, a demanda do terapeuta passa a ser maior que a demanda do paciente, começamos a observar um desejo de curar, de salvar o paciente de uma espécie de ‘mal acometido’.

Os participantes apontaram compreensões sobre lugares ocupados pelo terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave. Estas dizem respeito principalmente ao lugar dentro vínculo estabelecido, e no encontro entre paciente e terapeuta. Durante a entrevista, os terapeutas apontaram, em diversos momentos, questões sobre identificações pessoais e processos empáticos em relação aos pacientes. A identificação empática é citada como uma forma de compreensão do terapeuta sobre a dor do sujeito atendido por ele. Através da empatia há uma compreensão ontológica e existencial sobre o sofrimento do outro. Winnicott (1970/1996) fala a respeito de uma necessidade de *identificações cruzadas* por parte do terapeuta, para o autor essa seria uma capacidade de “saber colocar-se no lugar do outro e permitir o inverso” (p.111). Sem essa capacidade, o profissional não exerce nada além de uma função meramente técnica. No entanto é importante se atentar para o fato de que esse tipo de identificação não é possível para os sujeitos chamados psicóticos ou os com graves falhas ambientais no início da vida. Para Safra (2006), enquanto o terapeuta não tornar sua a experiência do paciente, ou seja, enquanto não puder ver a relação do que essa pessoa traz com a sua própria vida, só terá uma compreensão teórica de seu paciente.

O *setting* é referido pelos participantes como um espaço para além do consultório, ultrapassando o tempo da sessão e os limites do espaço físico. Winnicott (1965/2005) descreve a importância do fornecimento de um *setting humano*, onde o acontecer em si mesmo é fundamental. Aqui o terapeuta deve usar seu conhecimento e

experiência para atender a necessidade do paciente específico, assim o curso dos acontecimentos é do paciente, e o terapeuta tem a função de acompanhá-lo.

Por fim, observo que o discurso dos participantes se encontra, em grande parte das vezes, em sintonia com as proposições teóricas de Winnicott sobre o manejo clínico, a relação terapêutica, a função e a técnica terapêutica. Apesar disso, os terapeutas se referem pouco à teoria, eles apresentam narrativas sobre suas vivências, onde se colocam como diretamente implicados. A disponibilidade afetiva se mostra tão intensa, que em alguns momentos observamos o compartilhamento do próprio sofrimento humano.

Aqui se mostra um paradigma do terapeuta enquanto aquele que reconhece a importância do uso de sua singularidade na clínica. Ou seja, é pela presença de um outro significativo, no caso o terapeuta, que o paciente se faz existir no mundo. A capacidade criativa do paciente e do terapeuta dá origem à comunicação humana. Assim, a experiência afetiva estará intrinsecamente ligada à relação terapêutica.

Desse modo, é de fundamental importância a disponibilidade afetiva do terapeuta, para que este possa acompanhar o paciente durante o processo terapêutico. Desafios são impostos na prática da clínica do sofrimento psíquico grave, é imprescindível que o terapeuta os reconheça e intervenha sobrevivendo e utilizando-se da criatividade.

Este estudo apresenta algumas limitações que consideramos importante esclarecer.

Assim, uma limitação do estudo reside no fato de que todos os entrevistados possuíam até dez anos de experiência com essa especificidade clínica, dessa maneira, podemos considerar que esta é uma amostra de profissionais recém inseridos no campo

de atuação e/ou uma população jovem. Outra limitação importante é o fato de que todos os entrevistados tiveram uma formação teórica semelhante, ou seja, todos fizeram sua graduação e/ou pós-graduação na Universidade de Brasília – UnB. Isto pode contribuir para uma maior concordância entre as respostas dos participantes nas entrevistas.

Durante a análise dos dados pudemos observar que a elaboração do instrumento da entrevista semi-estruturada pode ter contribuído para o grande número de respostas sobre as vivências mal-sucedidas e afetos de angústia, stress e sofrimento. Assim, se faz necessário, e sugere-se um estudo posterior com perguntas mais abertas e não-diretivas, para se confirmar a relevância dessas temáticas dentro do discurso do profissional.

Estudos posteriores envolvendo participantes com mais tempo de experiência clínica, bem como terapeutas com uma maior diversidade de formação profissional podem ser complementares. Assim, poderemos avaliar de maneira mais abrangente quais as funções, bem como, os lugares ocupados pelos terapeutas na clínica do sofrimento psíquico grave. Enfim, estão lançadas as primeiras bases para estudos posteriores em prol do aperfeiçoamento da especialidade dessa clínica, em busca da minoração de um sofrimento tão particular que é o do terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade A. B. de T. (2009). *A Contratransferência na Clínica Psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Bessoni E. A (2008). *Clarisse, eu e Winnicott: um estudo sobre o manejo na clínica do sofrimento psíquico grave*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Bolognini, S. (2008). *A empatia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Cassorla R M S (1999). *Psicanálise e surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos*. Versão modificada de “Psicanálise do surto psicótico e surto psicótico durante o processo analítico” apresentado no II Encontro Latino-Americano sobre Patologias Graves e “Standing Conference on Psychosis - IPA”, promovido pela SBPRJ em junho 1998.

Chaves, E. (2001). A paciência no trabalho analítico. *Pulsional - revista de psicanálise*, 14(147), pp. 5-11.

Costa, I. I. (2007). Família e Psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave. In: Féres-Carneiro, T (Org.). *Família e Casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 99-136.

Costa, I. I. (2010). Psicose: um conceito (?) absolutamente impreciso... In: *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves – caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco Gráfica & Editora.

Costa, I. I. (2010b). Crises psíquicas do tipo psicótico: diferenciando e distanciando sofrimento psíquico grave de “Psicose”. In: *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves – caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco Gráfica & Editora.

Dias, E. O. (2002), Da sobrevivência do analista. *Natureza Humana*, 4(2), 341-362.

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Dias, E. O. (2008). O Uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 588-601.

Fraga, A. P. V. (1997). *Repercurssões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Freud, S. (1895). Estudos Sobre a Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. II Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Freud, S. (1905). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Freud, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Freud, S. (1911). O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Freud, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Freud, S. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Freud, S. (1937). Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Ferenczi, S. (1919). A técnica psicanalítica. In: *Obras Completas Psicanálise II* São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Ferenczi, S. (1928). A elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Obras Completas Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Ferenczi, S. (1932). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

Ferenczi, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras Completas Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Franco, S. G. (2003). O Brincar e a experiência psicanalítica. *Ágora*, jan/jun, v.IV, n. 1, p. 45-59.

Gondim M. F. N (2007). *Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Green, A. (1988) *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.

Heimann, P. (1995). Sobre a Contratransferência. *Revista de Psicanálise*. Vol. 2 N. 1 Maio de 1995. (Texto original de 1949 – Trabalho lido no 16 Congresso Internacional de Psicanálise, Zurique)

Kupermann, D. (2008). *Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Kupermann, D. (2008b). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 41(75): pp. 75-96.

Kupermann, D. (2010). A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, 23, pp. 31-45.

Martins, F. (2005). *Psicopathologia I – Prolegômenos*. Belo Horizonte: PUC Minas.

Moura, F. R. A. de. (2005). *A Contratransferência a partir de Freud*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pigman, G. W. (1995) *Freud e a história de empatia*. Livro Anual de Psicanálise XI, Int. J. Psycho – Anal. (1995), 76, 2.

Pimentel, P. K. de A. & Júnior Coelho, N. (2009). *Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite*. *Revista Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol. 21, p.301-314.

Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias & Letras.

Safra, G. (2005). *A face estética do self – teoria e clínica*. São Paulo: Idéias & Letras. São Paulo: Unimarco Editora.

Safra, G. (2006). *Hermenêutica na Situação Clínica*. São Paulo: Edições Sobornost.

Safra, G. (2008). *Entropatia – na constituição da pessoa e seu manejo clínico*. Vídeo de curso ministrado em São Paulo em 27 de setembro de 2008. Série Profoco. São Paulo: Edições Sobornost.

Silva E. A. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: Estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia – GO*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Winnicott, D. W. (1986-1971). *Natureza Humana*. Porto Alegre: Artmed, 1990.

Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Winnicott D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Winnicott D. W. (1951). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Winnicott D. W. (1954). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In: *Da Pediatria a Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Winnicott D. W. (1956). Preocupação Materna Primária. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Winnicott D. W. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnicott D. W. (1960). Contratransferência. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnicott D. W. (1960). Teoria do Relacionamento paterno-infantil. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Winnicott D. W. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnicott D. W. (1961). Tipos de Psicoterapia. In: *Tudo começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Winnicott D. W. (1962). Provisão para a Criança na Saúde e na Crise. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnicott D. W. (1963). O Medo do Colapso. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Winnicott, D. W. (1963b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnocott, W. D. (1963c). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnicott D. W. (1965). O Valor da consulta terapêutica. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Winnicott D. W. (1967). O Conceito de indivíduo saudável. In: *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Winnicott D. W. (1968). O Uso de um Objeto e o Relacionamento através de Identificações. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005

Winnicott D. W. (1968b). Comunicação entre o bebê a e mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: *Os bebês e suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Winnicott D. W. (1967). O Conceito de Indivíduo Saudável. In: *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Winnicott D. W. (1970). A Cura. In: *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Winnicott D. W. (1970b). Assistência residencial como terapia. In: *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Winnicott D. W. (1971). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott D. W. (1971b). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Zygouris, R. (2003). *O vínculo inédito*. São Paulo: Escuta. Coleção Ensaio de Psicanálise.

ANEXOS

Questões Disparadoras (Roteiro entrevista semi-estruturada):

1. Como foi o seu percurso profissional para que iniciasse o trabalho com a especificidade do sofrimento psíquico grave?
2. Quais as peculiaridades/diferenças do trabalho clínico com sujeitos em sofrimento psíquico grave?
3. Quais dessas peculiaridades você considera como fator de stress? (caso a anterior seja positiva)
4. Você considera que o trabalho clínico nessa especificidade gera sofrimento para o terapeuta? Em caso afirmativo, por quê? O que você utiliza de estratégias para lidar com essa questão?
5. Como lida com a questão da não-compreensão nessa particularidade clínica?
6. Você acredita que existem limitações para a prática da clínica no contexto do sofrimento psíquico grave? Se sim, quais?
7. Para você, qual o lugar do psicoterapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave?
8. Gostaria de falar mais alguma coisa?



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: PESSOA DO ANALISTA: OS LUGARES DO PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Pesquisadora responsável: Luciana Stoimenoff Brito

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado "PESSOA DO ANALISTA: OS LUGARES DO PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE".

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (itens VII.13 letra "d" e IX.2 letra "c" da Resolução CNS 196/96).

Brasília, 08 de dezembro de 2010.

Debora Diniz
Coordenadora Geral - CEP/IH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título do Projeto: **Pessoa do analista: os lugares do psicoterapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave.**

Pesquisadora Responsável: **Luciana Stoimenoff Brito**

Telefones para contato: **(61) – 3037.6365 (61) – 9235.8007**

Orientador da pesquisadora: **Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa**

Telefones para contato: **(61) 9981.3287**

Contato CEP/IH: cep_ih@unb.br

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Pessoa do analista: os lugares do psicoterapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave”, de responsabilidade da mestrandia Luciana Stoimenoff Brito.

Esta pesquisa tem como finalidade, investigar qual é o lugar construído pelo analista/psicoterapeuta dentro do *setting* terapêutico tomando como base as exigências e angústias enfrentadas pelo mesmo na especificidade da clínica do sofrimento psíquico grave. Além disso, também tentaremos compreender quais os processos empáticos estão envolvidos por parte do analista/psicoterapeuta nesse contexto.

Esse estudo poderá fornecer uma melhor compreensão sobre lugar de cuidado e manejo clínico por parte dos profissionais na especificidade da clínica do sofrimento psíquico grave. Dessa maneira, poderemos fazer levantamentos de como se torna possível o surgimento da transferência para esses casos.

Será realizada uma entrevista com você, que terá duração aproximada de 60 minutos. As entrevistas consistirão em questões-chave para discussão do assunto. A participação desta pesquisa será de caráter voluntário, onde você poderá encerrar a qualquer momento, assim que desejar, sem qualquer tipo de ônus.

Garantimos a confidencialidade e sigilo das informações obtidas e a privacidade de sua participação. Os dados poderão ser utilizados na pesquisa, porém serão colocados de maneira que não possa haver nenhum tipo de identificação com nomes e dados principais omitidos ou modificados. As entrevistas serão gravadas, transcritas pelos pesquisadores e posteriormente analisadas.

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento de dúvidas a qualquer momento da pesquisa. Se assim você desejar, daremos ao final da pesquisa a devolutiva dos resultados obtidos.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome e assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora:

Data: