

Aiello-Vaisberg, T.M.J. Psicoterapia Psicanalítica no Atendimento de Pacientes Orgânicos Graves. In R. Simon, K.Yamamoto e G.K. Levinson Psicoterapia Psicanalítica – Encontro com a Contemporaneidade. São Paulo: Zagodoni, 69-80 [a numeração do arquivo está correta] ISBN 978-85-5524-010-2

Psicoterapia Psicanalítica no Atendimento de Pacientes Orgânicos Graves

Tania Aiello-Vaisberg
Universidade de São Paulo
PUC-Campinas

Resumo: O presente trabalho descreve o estilo clínico Ser e Fazer e discorre sobre seus fundamentos teórico-clínicos, tendo em vista abordar seu uso na psicoterapia psicanalítica de pacientes orgânicos graves.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica, pacientes graves, clínica winnicottiana, estilo clínico Ser e Fazer.

Quando refletimos sobre situações de vida que colocam indivíduos não idosos em estado de doença orgânica grave, no qual perdas significativas passam a dominar o quadro, enquanto a morte próxima se delinea como possibilidade cada vez mais palpável, concluímos, sem dificuldade, que sofrimento emocional provavelmente se fará presente. Contudo, somos, muitas vezes, confrontados com perspectivas que simplesmente negam tal obviedade. Exemplos que ilustram esta nossa afirmação podem ser encontrados, por exemplo, na pesquisa de mestrado de Micelli-Baptista (2003), que versou sobre demanda de médicos residentes por inter consulta psicológica. Trabalhando com entrevistas organizadas ao redor do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999; Aiello-Vaisberg e Ambrósio, 2013), esta dissertação desvelou um imaginário coletivo segundo o qual pessoas severamente enfermas apenas raramente necessitariam de atendimento psicoterapêutico. De acordo com tal perspectiva, enquanto os doentes permanecessem dóceis e colaboradores, o cuidado psicológico seria inteiramente dispensável.

Durante nossa formação, aprendemos que poderíamos distinguir três tipos de psicoterapias: de suporte, de reeducação e de reconstrução de estruturas da personalidade (Wolberg, 1967). De acordo com tal classificação, apenas a psicanálise poderia operar mudanças estruturais efetivas e duradouras, que reconstruiriam a personalidade. Como corolário, não faria muito sentido pensar em usar o saber psicanalítico quando estivesse em questão a oferta de apoio ou de reeducação emocional, que estariam assentados sobre referenciais teóricos que não considerariam a dimensão inconsciente das condutas humanas.

Entretanto, nossa experiência, que se vem configurando em próxima interlocução com autores como Bleger (1963) e Winnicott (1958; 1965; 1971), tem-nos levado a questionar a distinção proposta por Wolberg (1967), em mais de um sentido.

Assim, criticamos a ideia de psicoterapia reeducativa, porque entendemos que educação e psicoterapia são termos que correspondem a atividades muito diversas. Não negamos a importância de ambas, mas estamos convencidas de que não devem ser confundidas. Não nos proporemos a comentar de forma breve assuntos inegavelmente tão fundamentais como a instrução e a cultura. Entretanto, consideramos necessário pontuar que a dimensão emocional da vida humana não se presta, a nosso ver, a moldagens de tipo pedagógica.

Por outro lado, julgamos que a noção de apoio, no campo das psicoterapias, merece um reexame, que deve começar por uma crítica à definição clássica, segundo a qual visaria retorno a um estado de equilíbrio anterior. Tal ideia se inspira, claramente, em um certo tipo de perspectiva médica, válida no que diz respeito a certas patologias orgânicas, mas não totalmente generalizável, nem mesmo na medicina. Na verdade, conceber a possibilidade de retorno, no campo da vida emocional, corresponde a uma visão ingênua e até bizarra, já que somos, inegavelmente, seres temporais.

A nosso ver, aquilo que é usualmente utilizado como apoio, equivale, no mais das vezes, como já tivemos oportunidade de constatar em supervisões de psicólogos e psiquiatras, a sugestões, explicações superficiais e encorajamentos genéricos, que não levam em conta a dramática de vida nem a sensibilidade singular do paciente. Por este motivo, não surpreende constatar que, usualmente, não alcancem eficácia clínica significativa.

Contudo, há uma outra forma de pensar em apoio, a partir do pensamento winnicottiano, sobre a qual vale a pena nos debruçarmos. Como veremos, desde esta perspectiva, a verdadeira sustentação, que pode ser considerada uma forma ampliada da concepção de apoio, só pode ser realmente realizada pelo profissional que tem formação psicanalítica. Ao invés de inscrever-se como trabalho superficial e de segunda linha, a psicoterapia que provê sustentação acaba por realizar mais do que alterações estruturais na personalidade, na medida em que favorece mudanças que afetam os posicionamentos existenciais mais fundamentais dos pacientes.

Uma clínica da sustentação corresponde a trabalho que não dispensa a compreensão aprofundada da dramática do paciente, mas que demanda que a intervenção seja, a um só tempo, delicada e pertinente, já que sua função é a da provisão de *holding*. Torna-se, aqui, oportuno destacar que eventuais enunciações de sentenças interpretativas, neste contexto, não visam primariamente *insight*, mas sustentação do acontecer clínico (Aiello-Vaisberg, 2003). Este tipo de abordagem pode fundar toda uma clínica, abrangendo atendimento, em enquadres individuais ou grupais, de pacientes diagnosticados como neuróticos, psicóticos ou *borderlines* (Aiello-Vaisberg, 2012; Aiello-Vaisberg, 2003). No entanto, parece-nos importante frisar, dado o

interesse, da presente comunicação, que esta abordagem, que vem sendo conhecida como estilo clínico Ser e Fazer, tem-se mostrado capaz de beneficiar pessoas que enfrentam adoecimento orgânico grave, como pode demonstrar o procedimento que desenvolvemos com o intuito de avaliar a potencialidade mutativa de psicoterapias psicanalíticas (Ambrosio, 2013; Ambrosio e Aiello-Vaisberg, 2014). Baseando-se na consideração dos sucessivos campos transferenciais, que se sucedem ao longo das sessões, tal procedimento, supera, por seu rigor, exames menos acurados, enquanto simultaneamente se oferece como uma alternativa que pode ser incluída no conjunto de recursos que visam contribuir para avaliação mais acurada da geração de eventuais benefícios clínicos, no campo das psicoterapias psicanalíticas.

Fundamentos do Estilo Clínico Ser e Fazer

Muito provavelmente em função de criarem um movimento um tanto diferente, nas instituições em que ocorrem, as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, são muitas vezes identificadas com o estilo clínico Ser e Fazer, o que gera mal-entendidos. As salas onde acontecem estas oficinas são bastante diversas daquelas usualmente destinadas ao atendimento psicoterapêutico, uma vez que contém mobiliário que as faz muito semelhantes a *ateliers* para execução de atividades artísticas ou artesanais. Assim, podem conter bancada de trabalho, estantes repletas de materiais e pequenos palcos, bem como equipamentos específicos, tais como tanques de lavanderia, fogões ou liquidificadores industriais, entre outras possibilidades. Os pacientes, atendidos em grupo, circulam portando arranjos florais, tapeçarias, esculturas, velas coloridas e perfumadas, quadros e outros tantos objetos, o que também chama a atenção.

Entretanto, se as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação correspondem, na trajetória do grupo de pesquisa que lideramos, à nossa primeira proposição de enquadre diferenciado do dispositivo freudiano padrão, que se insere na clássica lista que inclui as psicoterapias psicanalíticas de grupo e as ludoterapias, a verdade é que os princípios que norteiam sua configuração acabaram por permitir a definição de um estilo clínico, que pode ser adotado tanto em atendimentos institucionais como no consultório privado, tanto em atendimentos grupais como individuais.

Tais princípios derivam de uma leitura do texto winnicottiano que é motivada pela busca de uma psicologia concreta. Todos sabemos que as formulações de D. W. Winnicott são dotadas de uma riqueza particular, semelhante à de obras filosóficas e artísticas, na medida em que seus escritos podem ser considerados como *apresentações* de um pensamento. Grafamos a palavra em itálicos, porque apresentação é um conceito winnicottiano usado para explicar o encontro do bebê com o seio materno, que compreendemos como protótipo de todo e

qualquer encontro criativo com a realidade externa. Quando apresentado ao bebê, o seio pode, se tudo correr bem, ser criado e encontrado. Claro que um seio real deve estar disponível, para que a experiência se dê efetivamente. Por outro lado, se o bebê não estiver em estado de prontidão para criar o seio, este nunca poderá ganhar existência efetiva, do ponto de vista da criança, nem favorecerá que o infante venha se sentir, ele próprio, existente, vivo e real.

Quando um processo de encontro com a realidade não se dá sob forma de uma apresentação, no sentido winnicottiano do termo, este fica severamente comprometido. Tomemos como exemplo algo que no momento nos interessa, vale dizer, a leitura de uma obra. Se o leitor não puder relacionar-se de modo saudável com o texto, o sentido será adulterado e delirantemente recriado, numa total desconsideração pelo autor, ou um trabalho de exegese fria e meticulosa produzirá uma compreensão fixamente cadavérica, com a qual não será possível estabelecer nenhum tipo de troca.

Por outro lado, quando é possível receber o escrito como algo que se apresenta, este poderá ser criado e encontrado pelo leitor. Será criado porque aquele que lê é uma presença ativa que modificará e até mesmo vivificará o texto. Será encontrado, na medida em que respeitado em suas características próprias e não perigosamente distorcido.

A partir desta perspectiva, aceitamos que nosso modo de frequentar a obra winnicottiana deve ser considerado como um dos possíveis. Expressará nossas buscas, nossas preocupações, nossas perspectivas, mas também nosso desejo de contatar a alteridade criativa do autor que tomamos como nosso interlocutor. Se toda leitura se faz em campo intersubjetivo, não há como negar que alguns leitores se equivocam e interpretam erroneamente o texto, atribuindo ao autor ideias que não são as dele. Com tal possibilidade em mente, tentamos ser maximamente cautelosas, lembrando, contudo que inexiste uma versão original, intocada e intocável de textos teóricos e clínicos. O alcance do que grandes autores, como Freud, Klein, Bion, Lacan e Winnicott disseram “verdadeiramente e de uma vez por todas”, corresponde a uma abstração só concebível por pessoas que, mesmo sem o saber, cultivam mentalidades submissamente religiosas.

Buscamos uma psicologia psicanalítica concreta desde que fomos convencidas por Bleger (1963), leitor de Politzer (1928), sobre perigos inerentes a certas teorizações que tomam fenômenos psicológicos em terceira pessoa, como coisas ou objetos, mas não em primeira pessoa, como eventos subjetivamente vivenciados. Politzer (1928) saudou com entusiasmo a Interpretação dos Sonhos de Freud (1900), indicando como aí predominava uma visão dramática do viver, segundo a qual o fenômeno onírico poderia ser compreendido como manifestação do acontecer inter-humano. Deste modo, a conduta das pessoas deixaria de ser vista como derivada da ação de elementos impessoais, infra-

humanos, que são utilizados sempre que o fato psicológico é considerado em terceira pessoa. Ora, o mesmo Politzer (1928) não deixou de perceber que a metapsicologia freudiana correspondia a um retrocesso em relação aos aspectos mais revolucionários desse novo campo de saber, motivo pelo qual não lhe poupou críticas. A seu ver, se depurada do fisicalismo metapsicológico, assumindo sua vocação dramática, a psicanálise se assumiria como psicologia concreta. Seu objeto não seria o inconsciente, que não passaria de uma abstração conceitual, dotada de certa utilidade, caso não fosse tomada segundo um realismo ingênuo. A seu ver, o verdadeiro objeto de estudo da psicanálise seria a conduta concreta dos seres humanos – algo que nada tem a ver com o *behaviorismo* americano (Bleger, 1963). A conduta, que ao fim e ao cabo, seria um objeto compartilhado por todas as ciências humanas, deveria ser abordada, pela psicologia psicanalítica concreta, como fenômeno emergente a partir de campos intersubjetivos inconscientes, de caráter afetivo-emocional, concebidos segundo uma visão não objetivante.

De nossa parte, encontramos em Winnicott (1958;1965;1971) uma psicologia psicanalítica concreta que nos atendeu em pontos fundamentais – mesmo que remanesçam algumas insatisfações, que nos motivam a fazer críticas, mais ou menos pontuais, mais ou menos abrangentes, que não são, neste momento, oportunas. O importante é frisar que este autor teoriza de modo maximamente próximo ao acontecer clínico, evitando abstrações que não favorecem a compreensão da vida emocional. Um dos pontos fundamentais de seu pensamento diz respeito à concepção antropológica que adota, seguramente influenciado por sua formação e experiência como pediatra. Conforme sua visão, os movimentos no sentido da realização das potencialidades humanas emergem a partir da própria pessoa, ainda que também dependem da sustentação oferecida por ambientes suficientemente bons. Tal perspectiva resulta numa clínica de características singulares, por colocar o psicoterapeuta numa posição análoga à da parteira que acompanha um processo de nascimento natural, no qual bebê e mãe são protagonistas ativos. Esta posição é bastante diversa daquela do obstetra que realiza uma cirurgia cesariana, que pode ocorrer mesmo quando a parturiente está morta – aliás a origem desta técnica se deu justamente como iniciativa de salvar bebês a termo em situação de falecimento materno. Nada mais distante da psicoterapia psicanalítica, que se dá entre pessoas em interação.

Cabe, assim, ao psicoterapeuta, que adota o pensamento winnicottiano como referência, cuidar da provisão de um ambiente suficientemente bom, que sempre tem caráter de *holding*, enquanto aguarda o gesto criativo, por meio do qual se encaminha a superação de dissociações, rumo à conquista de maior contato consigo mesmo e de realização das próprias potencialidades. Claro que cuidar do ambiente suficientemente bom não é algo simples, pois a bondade do ambiente depende da necessidade do paciente, da pessoa. Um bebê necessita dormir e acordar segundo seu próprio ritmo psicossomático. Quando sua mãe

zela por seu sono, está provendo um ambiente suficientemente bom. Por outro lado, um adolescente que quer acordar cedo, para não perder aula no cursinho pré-vestibular, cuja mãe sistematicamente desliga seu despertador, para que possa dormir um pouco mais, estará, evidentemente, sendo desrespeitado e não cuidado. Portanto, o terapeuta só pode oferecer *holding* se puder compreender as necessidades do paciente que tem diante de si. Como proposta pós-winnicottiana, o estilo clínico Ser e Fazer busca conjugar compreensão profunda e intervenção delicada, por meio de um *holding* que, levando em conta necessidades presentes e reais, pode aguardar o gesto criador do paciente, que favorece a integração pessoal.

As materialidades mediadoras, que muitos identificam com o trabalho grupal em Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, são também usadas em atendimentos individuais, comparando, em nossa clínica, a serviço do *holding*. Sempre dotadas de amorfia relativa (Winnicott, 1971), sua disponibilização segue, paradigmaticamente, o jogo winnicottiano do rabisco, favorecendo uma comunicação emocional um pouco mais descolada do discurso verbal, o que, em muitos casos, revela-se sumamente produtivo. Tal fato é compreensível porque mais de cem anos de psicanálise facilitam a produção de verbalizações inautênticas que podem gerar análises intermináveis de falsos *selves* neuróticos. Cuidar deste capital precioso e misterioso, que é o tempo de vida das pessoas, não é questão de pequena importância. Deste modo, cultivar certa não complacência em relação a palavrório infundável parece-nos uma forma cuidadosa de proceder clinicamente.

Entretanto, cumpre esclarecer que não existe nenhum motivo pelo qual se deva vincular o uso de materialidades a atendimentos em grupo. Em nossa experiência, não são apenas as crianças e adolescentes que se beneficiam da disponibilização de materialidades que ensejam a realização de atividades em sessões de psicoterapia psicanalítica. Desenhos, origamis, pinturas, arranjos florais, colares e pulseiras e muitas outras atividades podem ser desenvolvidas a partir de materialidades relativamente amorfas como papel, tinta, lápis, flores, contas, fios e muitas outras. Num certo sentido, o lidar com as materialidades parece desobrigar a fala pouco significativa, que só preenche o silêncio. Claro que esta sempre pode ser interpretada, mas dificilmente este ato contribui para a constituição de um ambiente de encontro suficientemente bom. Desde que disponibilizamos materialidades em nossos atendimentos, notamos – usando o procedimento de avaliação que forjamos (Ambrosio, 2013; Ambrosio e Aiello-Vaisberg, 2014), que os processos de psicoterapia psicanalítica individual parecem evoluir de modo menos sofrido. Afinal, o fato de lidarmos com sofrimento emocional não significa que não devemos trabalhar no sentido de tornar as próprias sessões menos sofridas e mais brincantes.

O Estilo Clínico Ser e Fazer no Atendimento a Pacientes Orgânicos Graves

Temos tido a oportunidade de acompanhar pacientes portadores de graves patologias orgânicas, muitas vezes fatais, tanto em consultório, em atendimentos individuais, como em instituições de saúde, em atendimentos individuais e grupais.

É interessante observar que quando propusemos as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, que foi o nosso primeiro enquadre forjado sob o estilo clínico Ser e Fazer, visávamos, fundamentalmente, favorecer o atendimento de pacientes psicóticos, estimuladas pela percepção de que a reforma psiquiátrica brasileira, ao adotar o modelo italiano, carecia de dispositivos clínicos psicológicos, polarizando-se entre o uso da medicação psicotrópica e a realização de reuniões e assembleias cujo caráter permanecia fundamentalmente psicossocial. Por este motivo, pensamos nas oficinas como algo que preencheria uma importante lacuna (Sato, 2007; 2001).

Entretanto, acabamos por nos surpreender um pouco quando constatamos que nossa abordagem se revelava clinicamente eficaz no atendimento a pacientes portadores de graves patologias orgânicas. Isso nos animou, como profissionais, pois já tínhamos enfrentado, muitas vezes, dificuldades na psicoterapia deste tipo de pacientes. Vale destacar que nunca nos propusemos deliberadamente a atender doentes ou doentes graves, como especialistas, mas isso não nos impediu de receber pacientes que nos procuraram nesta condição, nem de ter de acompanhar pacientes que tinham começado o processo psicoterapêutico com saúde física preservada, vindo a contrair enfermidade e a falecer durante a psicoterapia. O primeiro caso que atendemos, nestas condições, motivou fortes angústias, que receberam amparo suficientemente bom em supervisões com o Professor Ryad Simon. Tratava-se de uma jovem enfermeira, fortemente religiosa, que não vivia a não ser para o dever, até ser acometida por uma leucemia. Sua vida mudou, passou a buscar alegrias e prazeres, percebeu-se querida por sua família, algo de que sempre duvidara. Usufruiu, paradoxalmente, de uma certa felicidade, durante o adoecimento, chegando, inclusive, a começar um namoro, fato inédito em sua vida. Entretanto, os padecimentos físicos, e os próprio tratamento, bastante invasivo, tornaram-se insuportáveis. Além disso, percebia que as pessoas mais próximas se tornaram cada vez mais cansadas e menos pacientes e disponíveis. Aprendemos, com esta moça, que a presença do terapeuta, na vida do paciente que enfrenta a perspectiva de morte próxima, nos convoca não apenas como psicólogos clínicos mas sobretudo ética e pessoalmente – o que não significa que o enquadre não deva ser zelosamente mantido. Alguns anos mais tarde, orientando o doutorado de Mencarelli (2010), pudemos, com a ajuda da teorização winnicottiana, adquirir uma visão mais nítida sobre como se entretecem, de modo sofisticado, registros transferenciais,

contratransferenciais e éticos no atendimento a pacientes com graves acometimentos orgânicos.

Entretanto, enquanto lidávamos com a psicoterapia psicanalítica individual de pacientes orgânicos graves, no consultório particular, recebemos duas orientandas fortemente interessadas nesta temática: Lígia Masagão Vitali e Vera Mencarelli. Ambas trabalhavam em instituições de saúde, nas quais vivenciavam certa dificuldade em prosseguir com atendimentos verbais a pacientes portadores de esclerose lateral amiotrófica, de quadros terminais de câncer e de síndrome da imunodeficiência adquirida – em período anterior à descoberta de medicações antirretrovirais que hoje permitem uma sobrevida razoável. Estavam contratadas para realizar atendimentos psicológicos, tinham liberdade para adotar a psicanálise como referencial teórico, mas viviam o impacto da concretude invasiva de doenças graves bem como do que podemos designar como mortes anunciadas. Relatavam, ambas, um padrão interessante, que consistia na realização de duas ou três sessões nas quais os pacientes apresentavam narrativas sobre a própria vida, seguidas de encontros silenciosos ou preenchidos por relatos detalhados de sintomas físicos, de realização de exames, de mudanças de medicação. Suas faltas às sessões pareceriam não ser mais frequentes apenas porque temiam deixar de ser atendidos pelos médicos. Em ambos os casos, as psicanalistas se sentiam bastante angustiadas e impotentes.

Decidimos, então, propor a realização de Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, tanto para atendimento de pacientes acometidos pela síndrome da imunodeficiência adquirida (Mencarelli, 2003), como para vítimas de doença neurológica fatal (Vitali, 2004). No primeiro caso, optamos por uma oficina de velas artesanais, atividade que a psicóloga/psicanalista já realizava de modo amador. No segundo caso, enfrentamos o fato dos pacientes terem perdido capacidades motoras, necessitando ser auxiliados por seus cuidadores. Escolhemos realizar uma oficina de composições florais porque percebemos que os pacientes se sentiam autores dos arranjos mesmo quando as flores eram efetivamente dispostas no suporte por terceiros. A nosso ver, isso não ocorreria caso optássemos por atividades tais como o bordado ou o desenho, por exemplo. Além disso, a terapeuta tinha grande familiaridade com flores, pois em sua infância a família fora proprietária de uma floricultura.

Em ambos os casos, a realização dos atendimentos colocou-nos diante da constatação de melhoras significativas e testemunhamos a possibilidade de atenuar fortes ansiedades e de tranquilizar os pacientes, seus familiares e até mesmo alguns profissionais de saúde, que muitas vezes revelaram espontaneamente, por palavras e por atos, que se tinham sentido amparados pelas psicanalistas. Por este motivo, quando consideramos as narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg, et al, 2009), por meio das quais as sessões foram registradas, à luz do procedimento de avaliação de eficácia de

psicoterapias psicanalíticas, que forjamos, (Ambrosio, 2013; Ambrosio e Aiello-Vaisberg, 2014), podemos nos sentir autorizadas a afirmar que tais oficinas operaram mudanças significativas na vida dos envolvidos. `

Vale, também, acrescentar, que pudemos fazer aprendizagens significativas a partir destas duas pesquisas. Destacaremos a seguir duas delas, que consideramos fundamentais, por se mostrarem fecundas tanto em atendimentos grupais institucionais como nas psicoterapias psicanalíticas individuais que, como se pode bem adivinhar, muitas vezes deixam de ser realizadas no consultório para ter lugar no domicílio ou no hospital.

De um lado, pudemos testemunhar – mais do que apenas compreender - como tais doenças irrompiam na vida das pessoas, como verdadeira interrupção dramática do viver (Vitali 2004), fato que atribuímos a termos atendido pacientes graves relativamente jovens, que não tinham atingido a faixa dos cinquenta anos. Pudemos, por esta via, ampliar nossa compressão sobre aquilo que o texto winnicottiano ensina sobre os efeitos danosos da interrupção de experiências completas, na vida da criança, assunto bem tematizado no texto dedicado ao jogo da espátula (Winnicott,1941). Atendendo pacientes com graves enfermidades orgânicas, vislumbramos que, se a morte é problema de todos, tem significado diverso quando interrompe brutalmente o devir de pessoas ainda jovens. Esta interrupção não era sempre vivenciada como queda em agonias impensáveis, mas isso acontecia muito frequentemente. Lidar com esta situação exige do terapeuta a condição de manter-se verdadeiramente presente, em situações que a maioria das pessoas desejaria poder evitar. Um preparo pessoal, que somente uma boa análise pode favorecer, parece-nos indispensável. Sustentar o encontro com o doente terminal tanto exige um delicado manejo clínico como nos convoca de modo integral como pessoas.

De outro lado, aprendemos, também, que o encontro do paciente grave com o psicoterapeuta parece gerar benefícios notáveis quando pode ser utilizado como o que convencionamos denominar, inspiradas no texto winnicottiano, área de descanso (Mencarelli,2003). Temos acompanhado, pessoalmente ou como supervisora, pacientes atendidos individualmente em condições de saúde bastante deterioradas, constatando que o acontecer clínico pode ser sustentado por meio da disponibilização de materialidades, em ambiente devotado e constelado a partir do *holding*. Os encontros podem incluir atividades como desenhar, cantar, ouvir música em companhia do terapeuta, confeccionar álbum de recortes, álbum de fotografias, livros de poesias preferidas ou arranjos florais, entre outras. Temos a impressão de que tais sessões são vividas como intervalos durante os quais podem deixar em suspenso, temporariamente, suas dores e seus problemas, fortalecendo-se. Tais atividades não impedem que diálogos sobre o medo ou a dor possa ter lugar. Entretanto, segundo nossa experiência, quando tais conversas dominam as sessões, porque as únicas

opções são conversar ou manter silêncio, as desistências ocorrem com certa facilidade. Em nossa leitura, permanecer no local do atendimento, no horário, combinado, compartilhando ou acompanhando uma atividade que se baseia em materialidade relativamente amorfa, permite a instauração de uma convivência sustentada, ao longo do tempo, durante a qual o paciente usufrui de certo descanso emocional ao mesmo tempo em que o psicoterapeuta sensível pode posicionar-se no sentido de tecer uma forma muito especial de *holding*.

Finalizo lembrando que tenho defendido uma tese, segundo a qual a experiência de onipotência, que vivenciamos no início da vida, na chamada “primeira mamada teórica” (Winnicott, 1945), não pode ser nunca superada (Aiello-Vaisberg, 2012). Teríamos, nessa perspectiva, que manter acesa, em algum lugar de nós mesmos, a crença de que “somos Deus”, como afirmou Winnicott (1986; 1987). Aqueles que, por um infortúnio inicial, não puderam manter-se onipotentes e loucos, psicotizarão, em busca da oportunidade perdida de enlouquecer de modo sustentado, ou sobreviverão segundo formas não autênticas de estar no mundo. Sentir-se vivo e real, mesmo diante da doença e do anúncio da morte, só será possível se pudermos não exatamente crer em uma divindade onipotente, mas sendo onipotente, cada qual à sua moda, segundo seu estilo... Curiosamente, quem pode “ser Deus” (Newman, 1995) chega, inclusive, à liberdade de poder escolher entre manter-se religioso ou adotar outras visões filosóficas sobre a finitude humana e sobre sua própria morte.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T.M.J. Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia. Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1999. www.teses.usp.br

Aiello-Vaisberg, T.M.J. Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. Revista Psicologia-USP, 14 (1), 95- 128, 2003

Aiello-Vaisberg, T.M.J. Ser e Fazer: Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicottiana. São Paulo, Ideias e Letras, 2004.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M.C.L., Ayouch, T., Caron, R. e Beaune, D. Les Récits Transférenciels comme Présentation du Vécu Clinique: Une Proposition Méthodologique. In Daniel Beaune e Thamy Ayouch (Orgs) Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues. Paris, L'Hartmann, 2009.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. Paradoxo e Loucura: A Radicalidade do Pensamento Psicopatológico de D.W. Winnicott. In Ines Sucar; Heloisa de Moraes Ramos (Org) Winnicott: Ressonâncias. São Paulo, Primavera Editorial, 2012.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. e Ambrosio, F.F. O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na Pesquisa de Imaginários Coletivos. In W. Trinca (org)

Procedimento de Desenhos-ESTórias: Formas Derivadas, Desenvolvimentos e Expansões. São Paulo, Vetor, 2013.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. e Ambrosio, F. F. A Importância do Conceito de Campo no Procedimento de Ambrosio e Vaisberg. São Paulo, Universidade de São Paulo, Anais da Jornada Apoiar/ USP, 122-134, 2014.

Ambrosio, F. F. O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias. Tese de Doutorado. Campinas, PUC-Campinas, 2013.

Freud, S. (1900) La Interpretacion de los Suenos. Madrid, Biblioteca Nueva,1948.

Mencarelli, V. Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: Oficinas de velas ornamentais com pacientes soropositivos. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

Mencarelli, V. Compaixão na Contratransferência: Cuidado Emocional a Jovens HIV+(s). Tese de Doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2010.

Micelli-Baptista, A. Consulta Psicoprofilática ao Residente de Medicina: Proposta de um Enquadre Diferenciado à Luz da Perspectiva Winnicottiana. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

Newman, A. Non-Compliance in Winnicott's Words: A Companion to the Writings and Work of D.W. Winnicott. London, Free Association Books, 1995.

Politzer, G. (1928) Critique des Fondements de la Psychologie. Paris, Quadrige,2003.

Sato, H. T. Enquadres Clínicos Diferenciados na Reforma Psiquiátrica. Tese de Doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2007.

Sato, H.T. Práticas Psicanalíticas em Instituição: Oficina de Arranjos Florais. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2001.

Vitali, L.M. Flor-Rabisco: Narrativa Psicanalítica de uma Experiência Surpreendente. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo,2004.

Winnicott, D.W. Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London, Tavistock, 1958.

Winnicott, D.W. (1941)The Observation of Infants in a Set Situation. Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London, Tavistock, 1958.

Winnicott, D.W. (1945) Primitive Emotional Development. The Observation of Infants in a Set Situation. Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London, Tavistock, 1958.

Winnicott, D.W. (1960) Ego Distortion in Terms of True and False Self . In The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1965.

Winnicott, D.W. The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1965.

Winnicott, D.W. Playing and Reality. London, Tavistock Publications, 1971.

Winnicott, D.W. Home is Where we Start From. London, Penguin, 1986.

Winnicott, D.W. Babies and Their Mothers. London, Free Association Books, 1987.

Wolberg, L.R. The Technique of Psychotherapy. New York, Grune & Stratton, 1967.