

• **Estilo Clínico Ser e Fazer: Resposta Crítico-Propositiva a Despersonalização e Sofrimento Social**  
*Clinical Style Being and Doing: Critical-Propositional Response to Depersonalization and Social Suffering*  
*Estilo Clínico Ser y Hacer: Respuesta Crítica-proposicional a Despersonalización y Sufrimiento Social*

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg<sup>1</sup>  
Universidade de São Paulo  
PUC-Campinas

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo propor, fundamentar e ilustrar uma modalidade de atendimento clínico, criada há duas décadas na Universidade de São Paulo com vistas à implantação em contextos institucionais, conhecida como estilo clínico Ser e Fazer, que tem revelado comprovada eficácia clínica na abordagem de variadas condições, que envolvem personalização, como os sofrimentos sociais. Para tanto, expõe seus fundamentos teóricos, que se situam numa articulação entre as exigências epistemológicas da psicologia concreta e uma leitura não desenvolvimentista do pensamento winnicottiano. Realiza, também, uma revisão crítica da psicopatologia psicanalítica e questiona um certo uso das series complementares freudianas, que supervaloriza de modo apriorístico a experiência emocional infantil, enquanto subestima os acontecimentos da vida adulta, que se imbricam claramente com as condições da vida social. Por esta via, assume a proposição de uma clínica baseada no *holding* com vistas a favorecer experiências de integração, que são concebidas como forma de superação dos efeitos de interações patológicas despersonalizantes, por meio das quais se expressam discriminação, exclusão e opressão social. Um caso clínico é apresentado com vistas a tornar a exposição mais vívida e concreta. Como conclusão, afirma a importância da psicologia clínica que não se confunde com intervenções que buscam transformações da realidade social. Como conclusão, o texto afirma a importância e especificidade da psicologia clínica na abordagem do sofrimento social.

**Palavras-chave:** sofrimentos sociais, despersonalização, estilo clínico Ser e Fazer.

**Abstract:** *This article aims to propose, to base and to illustrate the Being and Doing Clinical Style, created two decades ago at University of São Paulo to be used in institutional contexts, which clinical efficacy has been demonstrated in the treatment of many problems that involve depersonalization, as social suffering. Therefore, the paper presents the theoretical foundations of this proposition, that are based on the epistemological requirements of concrete psychology and on a non-developmental reading of the*

---

<sup>1</sup> USP e PUC-Campinas – Professora Livre Docente em Psicopatologia pela Universidade de São Paulo, onde se encarregou do ensino de Psicopatologia Geral, no curso de graduação do Instituto de Psicologia entre 1975 e 2003, Tânia Maria José Aiello-Vaisberg é Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, onde também se graduou. Orienta no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia Clínica da USP, bem como no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia como Profissão e Ciência da PUC-Campinas. Coordena o “Ser e Fazer”, serviço de atendimento à comunidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, onde criou o Estilo Clínico Ser e Fazer. Contato: tanielo@usp.br

*Winnicottian thought, that demands a critical revision of psychoanalytical psychopathology as well of a certain use of the scheme of the complementary series, which overestimates children's emotional experience, in a aprioristic way, and undervalues adult life clearly linked to the conditions of social life. The clinical care according Being and Doing Style is based on holding, to promote experiences of integration, as a way of overcoming the effects of pathological depersonalizing interactions that express discrimination, exclusion and social oppression. A clinical case is presented to make the exposure more vivid and concrete. As a conclusion, the text affirms the importance and specificity of clinical psychology in the approach to social suffering,*

**Keywords:** *social sufferings, depersonalization, differentiated clinical setting, Clinical Style Being and Doing*

**Resumen:** *Este artículo tiene como objetivo proponer, presentar los fundamentos y ilustrar el Estilo Clínico Ser y Hacer, creado hace dos décadas en la Universidad de Sao Paulo para ser utilizado en contextos institucionales, cuya eficacia clínica ha sido demostrada en el tratamiento de muchos problemas que implican la despersonalización y el sufrimiento social. Por lo tanto, el artículo presenta los fundamentos teóricos de esta proposición, que se basa en los requisitos epistemológicos de la psicología concreta y en la lectura del pensamiento winnicottiano, que no toma la perspectiva del desarrollo del niño como guía, pero exige una revisión crítica de la psicopatología psicoanalítica, así como de un uso común de la esquema de las series complementarias, que sobreestima la experiencia del niño, de una manera apriorística, y subestima la vida adulta que se vincula claramente a las condiciones de la vida social. El Estilo Clínico Ser e Hacer se basa en el holding para promover la integración de experiencias, como una manera de superar los efectos de las interacciones patológicas de despersonalización las cuales expresan discriminación, exclusión y opresión social. Un caso clínico se presenta para hacer la exposición más viva y concreta. Como conclusión, el texto afirma la importancia y la especificidad de la psicología clínica en el enfoque del sufrimiento social.*

**Palabras-Clave:** *Sufrimientos sociales, despersonalización, Estilo Clínico Ser y Hacer.*

## **Introdução**

Nas ciências humanas, em geral, e na psicopatologia psicanalítica em particular, a ideia de sofrimentos sociais pode ser usada sob duas diferentes acepções. Em sentido amplo, todos os sofrimentos emocionais seriam sociais, na medida em que o ser humano se define como essencialmente social (Bleger, 1963). Em sentido restrito, o conceito serviria para qualificar padecimentos subjetivos derivados de condições concretas adversas a formas de convivência respeitadas, solidárias e condizentes com o reconhecimento da humanidade do Outro (Lévinas, 1972). Embora consideremos a acepção ampla absolutamente correta, uma vez que todas as formas de existência humana consistem em coexistência, entendemos e adotamos aqui a segunda definição,

na medida em que contribui para o correto equacionamento de problemáticas clínicas importantes na atualidade.

A expressão sofrimento social surgiu na literatura científica, ao que tudo indica, sob a pena de Dejours (1980), com finalidade de referir experiências emocionais dolorosas vinculadas a condições de precariedade laboral, sob as quais se podem comprometer fortemente o acesso ao trabalho, à saúde e a outros direitos. Ou seja, o contexto da aparição desse conceito corresponde à queda do estado de bem-estar social francês, a qual vem gerando profundas mudanças naquela sociedade, segundo tendências que também atingem os demais países europeus. Posteriormente, seu uso foi ampliado por Kleiman, Das e Lock (1997), em obra que se tornou referência básica, tendo em vista reconhecer os efeitos subjetivos da pobreza, da guerra, do racismo, da opressão feminina, da perseguição religiosa e outros. Tal alargamento nos parece bastante valioso por vários motivos, entre os quais ressaltamos a organização de pesquisas no campo da psicologia clínica e da psicopatologia, compreendida como teoria do sofrimento emocional.

Ainda que o termo não tenha sido empregado por Politzer (1928/2001) e Bleger (1963,2001), principais proponentes da psicologia concreta, vertente psicanalítica que se inscreve sob o paradigma relacional (Greenberg e Michell,1983; Mitchell,1988) e valoriza os contextos sociais mais amplos nos quais ocorrem as interações inter-humanas, podemos afirmar que tais autores lançaram fundamentos importantes para a consolidação do que compreendemos hoje como sofrimentos sociais. Adotando posicionamento convergente com suas formulações, consideramos acertado definir sofrimentos sociais como padecimentos que têm lugar em contextos de opressão, discriminação e exclusão, causando sentimentos de desamparo, humilhação, culpa e injustiça, que se assentam todos sobre vivências de despersonalização, causadas por interações desumanizadoras. O acerto dessa definição pode ser verificado empiricamente quando abordamos pesquisas tais como a de Tardivo (2004), que focalizou a condição existencial de adolescentes indígenas brasileiros que, impedidos de vislumbrar perspectivas de futuro significativo, voltavam-se para a prática do suicídio.

Esta definição traz consigo algumas questões que deveriam ser examinadas por aqueles que têm baseado sua clínica na observação das diretrizes da psicopatologia psicanalítica, especialmente em sua vertente winnicottiana. Como já tivemos ocasião de referir, podemos distinguir, nas concepções winnicottianas, dois tipos de teorizações, que temos denominado psicopatologias explícita e implícita (Aiello-Vaisberg, 2012).

Aquilo que distinguimos como psicopatologia explícita corresponde à conhecida divisão tripartite, que opõe neurose e psicose, enquanto admite quadros

intermediários, de caráter misto, conhecidos como condições *bordelines*. Trata-se de proposta compartilhada por autores que se tornaram referências básicas nesse campo, como Abraham (1923/1970), Fenichel (1945/1995), Bergeret (1974) e Kernberg (1975), que se baseiam todos no complexo esquema causal conhecido como “series complementares” (Freud, 1916/1948). Tal esquema articula três séries causais, constituições, experiência emocional infantil e acontecimentos da vida adulta. Inicialmente, foi forjado para explicar a etiologia da neurose, mas veio posteriormente a ser utilizado na explicação da causalidade de todos os quadros psicopatológicos.

Por outro lado, a psicopatologia implícita winnicottiana corresponde a um pensamento, conforme o qual a saúde emocional equivale à autenticidade e à espontaneidade, por meio das quais se torna possível alcançar uma adaptação não-submissa à realidade. Essa psicopatologia implícita apresenta claras ressonâncias da convivência de Winnicott (1960/1990) com Laing (1955), devidamente ressaltada por Grana (2007), evidenciando uma certa aproximação entre o psicanalista inglês e certa modalidade de psiquiatria existencial. Cabe, ainda, ressaltar que essa vertente implícita pode combinar-se com a psicopatologia tripartite, ainda que de modo precário, quando é vinculada à teoria do amadurecimento emocional infantil. Este arranjo, que nos parece problemático em mais de um sentido, tem sido bastante utilizado, especialmente nos meios psicanalíticos brasileiros.

O esquema psicanalítico das séries complementares, tem sido usado, ao longo das décadas, de modo a enfatizar muito claramente a importância da segunda série causal, relativa à experiência infantil. Derivou daí a iniciativa de estudar a infância em termos de fases de desenvolvimento, bem como a ideia de associa-las aos diferentes quadros psicopatológicos, segundo as noções de regressão e fixação. Profundamente comprometido com esta visão, Winnicott (1945/1992) veio a estabelecer um programa de pesquisa a partir de seu interesse pela psicose e pela vida emocional dos bebês. Desta feita, empenhou-se em buscar o ponto de fixação dos sofrimentos psicóticos na vida do bebê, ainda que, em função de sua formação como pediatra, tenha escapado do equívoco, frequente entre psicanalistas, de desprezo pelo ambiente e pela concretude do viver. Assim, optou por pensar o desenvolvimento em termos de fases de dependência absoluta e relativa da criança em relação à mãe, e não em termos abstratamente pulsionais. Desse modo, não nos deve surpreender o fato de que, entusiasmados com as séries complementares, e absolutamente convencidos sobre a importância da experiência emocional infantil, os psicanalistas winnicottianos ainda tendam a acreditar que certos materiais que emergem durante as sessões correspondam a interações *realmente* vividas

pelos pacientes junto às suas mães. Tal convicção deve ser interrogada já que somente estudos empíricos, de caráter longitudinal, que fizessem uso de metodologias sofisticadas, como o método de Esther Bick (1987), poderiam proporcionar conhecimentos confiáveis sobre a matéria. Assim, podemos considerar como problemática a manutenção de uma convicção sem respaldo científico – que bem poderia já ter sido providenciado, dado o tempo transcorrido desde a enunciação da teoria winnicottiana do amadurecimento emocional. A nosso ver, vale a pena aqui comentarmos três problemas que derivam da visão mais comum sobre as contribuições winnicottianas.

O primeiro problema diz respeito ao fato de ser sumamente difícil falsear uma construção hipotética acerca de situações emocionais que teriam ocorrido durante a primeira infância. Evidentemente, podemos admitir que a sensibilidade da criança possa ser marcada por ocorrências que têm lugar no início de sua vida, mas devemos reconhecer que não contamos com registros de memória dessa fase em função do modo de ser do bebê. Assim, somente estudos longitudinais, realizados com precauções metodológicas adequadas, permitiriam uma visão suficientemente confiável sobre a eventual relação entre a vida do bebê e a psicose, a vida da criança pequena e as condições *borderlines* e assim por diante. Afinal, tanto existem indícios da possibilidade de crianças desatendidas virem a se tornar adultos saudáveis, como do contrário. Na falta desse tipo de pesquisa, a clínica acaba sendo tomada como prova da exatidão da teoria, mas isso se dá por meio de uma visível transposição imaginativa do que se passa entre adultos, ou entre adultos e crianças, na psicoterapia, para o contexto das relações entre a mãe e o bebê, numa fragrantíssima demonstração de falta de rigor.

Identificamos, como um segundo problema, uma tendência a aceitar que as mães seriam responsáveis pela psicose dos filhos. Este tipo de concepção que, vale notar, não tem suficiente respaldo na observação isenta dos fatos, serve claramente para oprimir a mulher, que se torna, assim, uma vez mais, vítima de sofrimentos sociais. Nessa linha, pesquisas recentes (Visintin, 2016; Schulte, 2016) demonstram uma clara vinculação entre maternidade e sofrimentos sociais, que atravessa classes e níveis de instrução, na medida em que as mulheres dos dias de hoje, aprisionadas numa condição paradoxal, são exigidas tanto a dedicar-se *exclusivamente* à maternidade como a arcar com responsabilidades relativas ao sustento financeiro da família. Ora, tanto quando se ocupam diretamente dos filhos, sem assumir tarefas profissionais, como quando se dividem, assumindo trabalho doméstico e emprego, as mulheres se sentem falhando e devendo, condição de profundo mal-estar e desconforto emocional, persistentes e duradouros. Em outros termos, podemos dizer que a psicopatologia centrada na ideia de regressão contribui, em última instância e

sem comprovação confiável, para o sofrimento e mal-estar psicológico da mulher-mãe que, provavelmente, afetam o próprio acolhimento do recém-nascido.

Finalmente, apontamos o terceiro problema, que consiste no fato da psicopatologia psicanalítica, baseada na ideia de regressão a pontos de fixação, tornar toda a vida do indivíduo adulto basicamente irrelevante, tanto em termos de saúde mental como em termos existenciais. A leitura do livro de Dias (2003), é um eloquente exemplo de um tal posicionamento. Argumentando a favor de que o colo da mãe deve ser tanto ou mais valorizado do que o Édipo freudiano, a autora esvazia a adolescência, a vida adulta e a velhice de maiores significados. A nosso ver, essa atitude é potencialmente perigosa, pois pode ser ideologicamente usada para deixarmos de criticar as condições concretas de vida geradoras de sofrimentos sociais, creditando todo e qualquer colapso a fatores tais como falta de resiliência do bebê insuficientemente cuidado pela mãe. De um só golpe, atribuímos à mãe culpa total por eventuais infortúnios da criança, ignorando a convivência com o pai, com outros membros da família nuclear e da família extensa, com a instituição escolar e com a comunidade. Deste modo, prevalece um quadro bastante equivocado, segundo o qual a criança não cresceria no mundo social, mas isolada numa espécie de útero psicológico onde só se afetaria a partir dos atos maternos.

Quando nos libertamos do esquema que explica aprioristicamente o sofrimento emocional em geral, e a despersonalização em particular, a partir da regressão a pontos de fixação do desenvolvimento infantil, tornamo-nos aptos para voltar nosso olhar para outras facetas da realidade. Um aspecto absolutamente relevante, nesse sentido, são as condições concretas causadoras de sofrimentos sociais. Tal mudança, aliás, parece exigir nada mais do que um verdadeiro respeito ao método psicanalítico, que não se confunde com as teorias estabelecidas, nem com procedimentos clínicos consagrados (Herrmann, 1979). Se passarmos a escutar o que dizem os pacientes, como algo fundamentalmente revelador da importância da vida presente, que carrega consigo o passado, mas a ele não se reduz, provavelmente acordaremos para a percepção de que temos exagerado na valorização da primeira infância como fonte da psicopatologia. Tal atitude, a nosso ver, contribuirá para uma revisão da psicopatologia psicanalítica, que se poderá tornar, desse modo, uma ciência crítica, comprometida com valores emancipatórios, em função dos quais devemos repudiar todo reducionismo psicológico, que entendemos como uso indevido de conceitos psicológicos para entender fenômenos sociais (Bleger, 1963/2001; Toassa, 2015).

Evidentemente, não deixamos de admitir a importância do bebê, como ser humano que se encontra em condição existencial de dependência radical de cuidados, que cada sociedade organiza, como prática cultural, a seu modo

(Gottlieb, 2012; Rogoff, 2003). Temos considerado inclusive que as melhores condições de seu acolhimento se dão quando não precisamos supor que o amor materno seja uma espécie de autoengano que, sob a ação de mecanismos de identificação, levaria a mulher a confundir seu bebê consigo própria. Tal hipótese baseia-se, como já tivemos oportunidade de considerar (Aiello-Vaisberg, 2006), na crença na impossibilidade de que o indivíduo humano possa amar alguém além dele próprio, repudiando a admissão de que os seres humanos possam ser afetados sensivelmente pelas necessidades de seu semelhante (Lévinas, 1972).

De todo o modo, uma coisa é reconhecer a importância da vida do bebê como tal, cultivando relações de cuidado compatíveis com as necessidades infantis, e outra firmar uma visão segundo a qual os indivíduos tornar-se-iam resistentes a adversidades traumáticas, ao longo de toda a existência, apenas se tivessem sido bem cuidados por suas mães na primeira infância. Tal perspectiva simplifica equivocadamente questões bastante complexas e subestima o fato de que o cultivo de relações respeitadas e solidárias corresponde a exigência ética que, conforme aspiramos, devem regular todas as relações inter-humanas, seja qual for a condição do envolvidos, vale dizer, infantes, crianças, adolescentes, adultos ou idosos.

### **Despersonalização, Sofrimento Social e Psicoterapia Ser e Fazer**

Uma nova visão sobre o fenômeno da despersonalização, que se descola da hipótese formulada por Winnicott (1945/1992), quando a vincula diretamente à psicose<sup>1</sup>, pode surgir quando nos debruçamos sobre obras de autores como Levi (1947/1988) e Fanon (1952), bem como sobre escritos feministas que focalizam a consideração da mulher como mero instrumento do prazer masculino (Bartky, 1990; 2002). Nessas obras, delineiam-se diferentes modos de pensar a despersonalização, segundo os quais esta poderia emergir a partir de interações humanas que se dão fora do contexto mãe-bebê. Admite-se, nessa linha, que situações de violência explícita, como as vigentes nos campos de concentração nazistas (Levi, 1947/1988), em condições coloniais fortemente marcadas pelo racismo (Fanon, 1952), ou em outras mais sutis, que se dão de modo disfarçado e insidioso, nas relações de gênero, nas quais o corpo feminino é desejado e valorizado, enquanto a subjetividade da mulher é desrespeitada (Bartky, 1990; 2002), podem provocar efeitos de despersonalização significativos.

---

<sup>1</sup> Cabe lembrar que Winnicott (1945/1992) admite que episódios de despersonalização podem ocorrer de modo passageiro na vida de crianças e adultos. Contudo, seu raciocínio se volta sempre ao que podemos reconhecer como despersonalização psicótica, que se firmaria como verdadeiro avesso da personalização enquanto processo fundamental na constituição do *self* individual.

Fanon (1952) oferece, no quinto capítulo de seu livro, descrição fenomenológica impecável da experiência de se ver despersonalizado pelo olhar de uma criança, que o aponta como nada mais que um negro e, como tal, atemorizante. Mostra, então, como seu pensar, seu sentir, sua história e sua vida subjetiva são simplesmente anulados por este olhar que o reduz à própria epiderme. Deste modo, leva-nos a compreender que sua vivência retrata sensibilidade e inteligência de um adulto bem constituído, não devendo ser reduzida à hipótese de que teria sido determinada por fragilidade pessoal devida a falhas de sua mãe. Ao contrário, seus escritos nos conduzem claramente a perceber que, no seu caso, tinha vivido relativamente protegido, com sua família e em seu país, sem dar-se conta do problema do racismo, a não ser mais tardiamente. Conta assim, algo muito semelhante com o que nos deparamos, na clínica, atendendo, por exemplo, pessoas com deficiências físicas. Essas frequentemente relatam não terem vivenciado suas diferenças, que percebiam bem, como inferioridade, enquanto sua vida se limitava ao círculo familiar, mas que ter-se-iam dado conta do preconceito e aversão, que sua condição provocava nos demais, sob os olhares de estranhamento dos colegas.

Parece, assim, que a despersonalização corresponde a um pano de fundo bastante presente na vida de muitas pessoas, na medida em que interações, como a relatada por Fanon (1952), cujo caráter é obviamente traumático, podem se dar repetidamente. Aqui, um novo posicionamento crítico, em relação a determinadas teorias da psicanálise – mas não ao seu método – deve ser feito. Referimo-nos, especificamente, à firmeza com que devemos questionar a substituição da teoria do trauma pela da fantasia, ensejada, como sabemos, pelo desconforto que a ideia de ocorrência real de sedução e abuso provocou em Freud (1904/2006). Reabilitando a importância de acontecimentos que atingem a subjetividade, com efeitos de despersonalização – pois este é o principal resultado de toda a investida que reduz o outro a mero objeto, podemos entender as experiências emocionais narradas por Levi (1947/1988) e Fanon (1952) como eminentemente traumáticas e jamais como fenômenos a serem explicados em termos de fantasias ou de reedição de efeitos de cuidados maternos insuficientes.

Evidentemente, não desconhecemos que bebês são muitas vezes tratados de modo violento. Sabemos que, no mundo contemporâneo, crianças têm sido atingidas por atrocidades perpetradas não apenas por membros da própria família, mas também por outras pessoas, grupos e governos. Contudo, acreditamos ser necessária extrema cautela para não igualar maus tratos a suposições, sempre à mão, de que a mãe não estaria atendendo bem o filho. A nosso ver, a insistência neste posicionamento acusatório tem dificultado, de modo significativo, a apreciação de situações traumáticas, que ocorrem em esferas sociais bastante

distanciadas da relação mãe-filho, gerando efeitos de despersonalização e desumanização, ao longo de toda a vida.

Durante muito tempo, caminhamos sem realizar uma consideração crítica da ideia winnicottiana de que a despersonalização corresponderia fundamentalmente a fenômeno psicótico derivado de falhas no período da dependência absoluta. Nossa percepção, acerca de como as condições concretas afetam a vida de todos, levou-nos a cultivar uma acomodação, suficiente para preservar um posicionamento crítico acerca das condições sociais, por meio da perspectiva de que adultos oprimidos, humilhados e injustiçados, provavelmente teriam prejudicada sua condição de exercer uma boa parentalidade. Desse modo, mantivemos durante certo tempo nossa crença acerca do acerto do esquema psicopatológico winnicottiano. No entanto, o progressivo envolvimento com atividades de supervisão, colocando-nos em contato muito próximo com o trabalho de colegas competentes, mas eventualmente mergulhados na adesão à ideia de que o sofrimento deriva de mal atendimento infantil, levou-nos a rever nosso posicionamento. O processo se completou com o auxílio de Levi (1947/1988) e Fanon (1952), mas é importante ressaltar que nossas leituras anteriores, desses autores, não nos tinham proporcionado a visão que no momento defendemos.

Hoje, parece-nos mais acertado entender que a maternidade pode ser melhor ou pior exercida, tanto em contextos socialmente desfavorecidos, como nas camadas mais abastadas da população. Esta é uma questão altamente complexa, que depende de muitos aspectos da dramática da vida individual e coletiva. Claro que isso não quer dizer que os contextos sociais não desempenhem aí nenhum papel, mas que certas questões, sendo próprias de toda a sociedade, atravessam as classes sociais. Assim, precavemo-nos de considerar, de modo precipitado, que crianças mais pobres sejam pior atendidas em suas necessidades.

Entretanto, o fato de nos termos mantido alinhadas a uma visão psicopatológica comprometida com a hipótese central de regressão a pontos de fixação no processo do desenvolvimento emocional infantil, com conseqüente aceitação da despersonalização como fenômeno basicamente psicótico, não nos impediu de conceber um estilo clínico, voltando fundamentalmente à superação de dissociações, vale dizer, de formas de despersonalização, que se define pelo uso de materialidades mediadoras e pelo abandono de sentenças interpretativas, em favor do *holding*. Assim, constatamos na prática, com grande alívio, que independentemente dos equívocos que cometemos, relativos ao modo como concebemos a despersonalização, os enquadres diferenciados *Ser e Fazer* podem gerar benefícios na abordagem de sofrimentos sociais que a provocam.

Podemos fazer essa última afirmação com segurança, na medida em que nos dedicamos, nos últimos anos, a desenvolver uma modalidade de apreciação da eficácia de intervenções clínicas, que nos livra tanto da objetivação indesejável da experiência psicoterapêutica, como de fazermos declarações que não se fundem na precisa consideração do que se passa efetivamente nas sessões. Esta forma de apreciação foi formalizada e fundamentada, sob nossa orientação, por Ambrosio (2013) e consiste, basicamente, na consideração dos campos de sentido afetivo-emocional, que se constelam durante encontros psicoterapêuticos, à luz do sentido de maior ou menor integração e personalização. Deste modo, temos podido constatar que a provisão de autêntico *holding*, sensivelmente sintonizado com exigências éticas que, nos sofrimentos sociais, são desrespeitadas, constitui-se como antídoto eficaz contra interações que promovem despersonalização. Desnecessário acrescentar, por outro lado, que a psicoterapia daquele que padece em razão de condições adversas não dispensa esforços no sentido de transformações da sociedade.

Cabe notar que, contrariamente ao que muitos pensam, o estilo clínico *Ser e Fazer*, baseando-se em *holding*, não desaconselha a ocorrência de comunicações verbais entre pacientes e terapeutas, uma vez que podem apresentar muitas vezes função sustentadora. O ponto central, no entanto, é outro. Nesse modo de clinicar, não se aposta no aumento do conhecimento sobre si mesmo, nem na enunciação de sentenças interpretativas (Aiello-Vaisberg, 2003), como geradores de mudanças significativas e sim na possibilidade de o paciente vir a se sentir vivo e real como ser humano, na medida em que não humilhado, não objetivado, não animalizado, não desumanizado, não despersonalizado. A partir daí pode se dar, como temos tido oportunidade de apreciar muitas vezes, uma retomada da própria capacidade criadora, que é a base da possibilidade de assumir um posicionamento ético diante das condições concretas que demandam transformações. Inscrever-se como sujeito agente é algo absolutamente fundamental, que percebemos como possível quando podemos criticar o texto foucaultiano a partir de contribuições tais como as de Bartky (2002).

Desta feita, pensamos ser importante afirmar que estamos empenhados em realizar movimentos que podem ser qualificados como inovadores no âmbito da psicologia clínica, em termos compatíveis tanto com o exercício privado como com o institucional. Inovamos quando nos permitimos, a partir de um posicionamento crítico, rever teorias consagradas pelo uso, mas não pelo aprofundamento de pesquisas empíricas, possivelmente em função da carga ideológica conservadora que carregam. É o caso da teoria psicopatológica da regressão que, reduzindo o social ao familiar, deságua, em última instância, na

consideração dos pais, e mais especificamente da mãe, como responsável exclusiva pelo destino dos filhos, num flagrante equívoco que se baseia nos mitos do homem isolado, natural e abstrato (Bleger, 1963). Inovamos, também, quando praticamos o estilo clínico *Ser e Fazer*, combatendo a dissociação de forma a mostrar que a psicologia pode superar o psicologismo e ser usada simultaneamente para diminuir o sofrimento e contribuir para o fortalecimento de um sujeito crítico e empenhado na construção de novas formas de humanismo.

### **Apresentação do Estilo Clínico Ser e Fazer**

As demandas clínicas contemporâneas, que incluem de modo massivo queixas por meio das quais se evidenciam sofrimentos sociais, certamente diferem muito daquelas a partir das quais a psicanálise foi forjada. Podemos nos aperceber disso facilmente, de forma direta, em termos do próprio exercício clínico. Por outro lado, pesquisas empíricas também apontam uma clara associação entre queixas de sofrimento emocional e condições concretas de vida. Em nossa experiência investigativa<sup>1</sup>, tal relação tem se feito presente em pesquisas sobre imaginários coletivos, que realizamos desde a década de oitenta, quando de modo entusiástico pudemos utilizar o Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1976) para desenvolver o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. A criação de Trinca (1976) corresponde a gesto criativo e inovador, que mudou radicalmente as feições do psicodiagnóstico clínico, por meio de uma superação refinada de um objetivismo baseado numa visão médica, em favor da instauração de uma dialogia apropriada ao campo das ciências humanas. O conjunto das numerosas pesquisas sobre imaginários coletivos, que realizamos, indica com clareza a profunda relação entre a realidade social e o sofrimento emocional de pessoalidades coletivas e individuais.

Compreendemos que as demandas clínicas atuais incentivam a adoção de posturas menos comprometidas com a manutenção escolástica de teorias e mais voltadas ao combate ao sofrimento. Assim, parece-nos muito atual aquela, aquela assumida por Winnicott (1962/1984), quando afirmou que se descortinam, diante do psicoterapeuta que segue orientação psicanalítica, duas alternativas de trabalho: praticar a psicanálise padrão, segundo cânones freudianos, ou *ser um psicanalista fazendo outra coisa, mais apropriada para a situação*. Propondo tal equacionamento, o psicanalista inglês ordenou de modo admirável o conjunto de desafios que os psicólogos/ psicanalistas enfrentam nos dias de hoje em nosso país – ao mesmo tempo em que se manteve habilmente desobrigado de criticar e combater equívocos da psicanálise clássica.

---

<sup>1</sup> O conjunto dessa produção pode ser obtido pela consulta ao currículo Lattes da autora.

Contudo, cabe lembrar que o *setting* padrão de atendimento, bem como o trabalho de enunciação de sentenças interpretativas, em campo transferencial, correspondem a soluções para um certo tipo de problema, teoricamente conhecido como neurose. Retirar-se para um encontro intimista, com o analista, para rememorar a experiência emocional vivenciada diante dos acontecimentos, narrando a própria vida como se fosse um sonho e ainda arcando com os custos financeiros desse processo, consiste em conjunto de atividades que nem todas as pessoas podem desenvolver. Um ponto fundamental, nesse quadro, diz respeito ao fato de se encontrar em jogo, na análise padrão, uma espécie de onirismo bem-comportado, apenas acessível a aqueles que não lidam com condições notoriamente traumáticas, e sim com acontecimentos menos extremos, radicais apenas no plano das fantasias. Em suma, gozariam os pacientes neuróticos de existências fundamentalmente garantidas e razoavelmente protegidas, que lhes permitiriam com prazer-se com a narrativa de fantasias dramáticas a colorir vidas prosaicas.

Outra seria, entretanto, a condição daqueles que vivem em situações facilmente reconhecíveis como traumáticas, sob o jugo da pobreza material e da desigualdade social, eventualmente sobrecarregada por outras formas significativas de opressão psicológica. Lembremos, aqui, só para facilitar, da mulher negra, que faz faxina como diarista, que, em estado de profunda preocupação, traz a filha adolescente à clínica psicológica porque esta é pega, na escola, roubando pertences de colegas e professores. Discriminada e oprimida por ser negra, por não ter instrução, por ser pobre e por ser mulher, esta pessoa não se comportará como uma paciente neurótica interessada em autoconhecimento, mas como ser sofrido em busca de amparo, de reconhecimento, de ajuda para escapar de problemas muito concretos, de uma vida que é, por si mesma, um pesadelo constante em estado de vigília. A mera cogitação de que a filha venha a enfrentar, além de todas as mazelas que ela própria já suporta, um destino de delinquente e presidiária eventual, enchem-na de angústia absolutamente compreensível. Seu sofrimento, claramente derivado das condições concretas da vida social, demanda mais do que interpretações, convocando-nos a nos tornarmos psicanalistas capazes de nos comportar de modo apropriado em relação com aquilo que nos é apresentado. Nesse contexto, não acessamos soluções pela via de apegos doutrinários e sim pela observância rigorosa de um método que permite produção de conhecimentos que carreguem consigo potencial transformador.

Sem pretender esgotar assunto de tão alta complexidade, cabe aqui lembrar que não estamos diante de condições que atingem a pessoa por causarem desconfortos e inconvenientes meramente materiais, o que em si já

seria significativo, pois muito mais do que isso se encontra em jogo. De fato, sua condição lança-a numa posição muito difícil na medida em que é tratada predominantemente como se fosse um *pouco menos humana do que os demais*. No plano do imaginário social prevalente, sua condição de negra coloca-a mais próxima da natureza e do animal, sua condição de pobre coloca-a mais próxima do animal de carga, sua condição de mulher coloca-a mais próxima de um objeto ou máquina de proporcionar prazer sexual. Em suma, grande parte das interações que vive configuram-se como despersonalizantes, provocando, conseqüentemente, sofrimentos extremos já que, como seres sociais, radical é o padecimento daqueles que são simbolicamente banidos da condição humana.

Cabe, portanto, perguntar: o que a clínica psicológica tem a oferecer a pessoas – que, em nosso país existem em grande número - que enfrentam adversidades dessa ordem? Como seria de esperar, as opiniões divergem nesse ponto, mas podemos destacar dois tipos de respostas quando buscamos compreender aqueles que, por variadas razões, que vão desde uma sensibilidade ética, digna de admiração, até o temor paranoide de que os oprimidos possam um dia tornar-se perigosos, são favoráveis à busca de transformações sociais que, vale lembrar, não tem a ver apenas com a desigualdade socioeconômica, já que o machismo e mesmo o racismo atravessam as classes sociais. Não vamos, aqui, tratar daqueles que não se importam com sofrimentos sociais, pois isso nos afastaria improdutivamente dos nossos objetivos expositivos.

Assim, há psicólogos que, considerando equivocadamente que a clínica psicológica se limita a reproduzir o tratamento clássico do neurótico, acreditam que esta em nada poderia contribuir com relação aos sofrimentos sociais. Para estes, a única solução seria partir diretamente para uma luta por transformações sociais no plano político. Nesse contexto, caberia a cientistas e intelectuais comandar um trabalho de conscientização dos oprimidos sobre os determinantes históricos e geopolíticos de sua condição. Não nos surpreende constatar que estes elejam, como referências, autores do campo educacional que, malgrado terem efetuado contribuições inegavelmente significativas, em sua área específica de atuação, não se debruçaram diretamente sobre o problema do sofrimento, que tão agudamente interpela e sensibiliza os clínicos.

Por outro lado, outros, entre os quais nos incluímos, defendem a possibilidade de exercício clínico diferenciado, não voltado primária e exclusivamente à militância – ainda que a essa não se oponham, de modo algum – mas direcionado ao cuidado da pessoa sofrida, empenhado em favorecer a superação da despersonalização e o fortalecimento da capacidade de criar e transformar a realidade. Não parece demasiado frisar: fortalecer a integração pessoal, favorecer a autonomia e criar condições de desenvolvimento da

capacidade criadora não se contrapõem, mas tampouco se confundem, com ensinar a pessoa a lutar por seus direitos.

Chegamos, assim, a poder formular os delineamentos básicos de uma clínica psicanalítica do sofrimento social, que o estilo clínico Ser e Fazer adota, inspirando-nos em algumas das contribuições de Winnicott (1971), relativas à constituição da personalidade e ao brincar, que justamente fazem grande sentido desde a perspectiva da psicologia concreta. Firmando-se como baseada no método interpretativo, mas não na enunciação de sentenças interpretativas, este estilo toma o *holding* como intervenção privilegiada. Dizer que o método é interpretativo corresponde a admitir que toda conduta pertence ao acontecer humano e está dotada de sentido, mesmo que esse não seja imediatamente aparente. Não significa que o analista terá acesso pleno ao sentido, nem sequer que o conhecimento desse sentido seja condição indispensável para a cura do sofrimento. Na verdade, o *holding*, e não a enunciação de sentenças interpretativas, ocupa a função de verdadeiro antídoto, contrário aos efeitos das interações despersonalizantes. Assim é porque enquanto essas visam a submissão da vítima despojada de sua subjetividade pessoal, aquele proclama em ato a humanidade da pessoa, no vivo da relação presente. Seu modelo, a nosso ver, é o olhar sob o qual o outro pode surgir na plenitude de sua personalidade, como acontecer único e irreplicável.

Aliás, uma importante advertência deve ser aqui feita: não devemos considerar que o bebê saudável no colo da boa mãe seja a matriz do *holding*. Este é o modo de pensar daqueles que aderem a uma visão psicopatológica segundo a qual todo sofrimento derivaria de fragilidades provocadas pela insuficiência dos cuidados maternos durante a infância e a primeira infância. Outra é a visão que cultivamos, no âmbito do estilo clínico Ser e Fazer, quando entendemos que *holding* não é colo, ainda que o colo seja *holding* para o bebê. Desse modo, evitamos infantilizar todos os pacientes e desconsiderar suas narrativas, predominantemente centradas na vida presente, pois entendemos que o *holding* corresponde ao que há de mais fundamental na coexistência humana: respeito pela personalidade do Outro. Nessa perspectiva, o bebê bem cuidado – e múltiplas são as soluções que as diferentes culturas criativamente forjam para lidar com a dependência infantil – corresponde a um caso particular, sem dúvida importantíssimo, de coexistência fundada em exigências éticas. Portanto, a valorização de intervenções que sustentem a subjetividade pessoal, não nos conduz a adotar explicações do sofrimento presente por supostos desacertos entre mãe e bebê e muito menos a acreditar que tudo o que ocorre durante as sessões corresponde à pura encenação do que ocorreu ou deveria ter ocorrido durante a infância do paciente. Trata-se, isso sim, de abrir-se para

uma experiência compartilhada de encontro e reconhecimento da humanidade, de que cada pessoa seria uma amostra, como podemos dizer, parodiando Winnicott (1988). Por esta via, será possível tanto o fortalecimento do si mesmo, compreendido como potencial criativo presente em todos os seres humano, que corresponde ao que permite que cada indivíduo seja uma pessoa capaz de gestualidade espontânea e transformadora de si e do mundo em que vivemos.

### **A Clínica Ser e Fazer na Superação do Sofrimento Social**

Podemos tornar mais claro o tipo de trabalho que desenvolvemos, visando a superação de sofrimentos subjetivos socialmente determinados, por meio da apresentação de material clínico. Para tanto focalizaremos o caso de uma paciente de mais de cinquenta anos, atendida semanalmente numa oficina psicoterapêutica grupal, no “Ser e Fazer”, serviço de atendimento à comunidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, por integrantes do Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade. Já tivemos oportunidade de comentar esse material, de modo preliminar, em trabalho anterior (Furquim, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2013).

A materialidade mediadora utilizada nesse grupo era a argila. Entretanto, durante muitos meses, a paciente, que aqui abordamos, trouxe lã e agulhas para as sessões, durante as quais tricotou várias peças, enquanto as demais participantes modelavam a argila, criando vários objetos. Essa recusa objetiva da materialidade disponibilizada não foi compreendida pela terapeuta durante muito tempo, mas mesmo assim a atividade de tricotar foi acolhida de modo benevolente, segundo as diretrizes do jogo winnicottiano do rabisco, cuja observância é levada em conta pelos terapeutas que adotam o estilo clínico Ser e Fazer. Entretanto, posteriormente foi possível constatar que deste modo a paciente encenava sua impossibilidade de participar de um mundo, fantasiado como sofisticado, ao qual não mereceria ter acesso.

Durante os trabalhos, a paciente narrava episódios de sua vida – que via de regra eram escutados, eventualmente comentados pelas demais participantes, mas não interpretados pela terapeuta. Muitos deles orbitavam ao redor de um mesmo tipo de queixa, relativos a sentimentos de humilhação, que ainda seguiam muito vívidos. Sucediavam-se, assim, histórias de interações com a família nuclear, e especialmente com a mãe, nas quais a paciente era instada a não cultivar anseios e aspirações: não deveria desejar brinquedos ou presentes, não deveria olhar vitrines, não deveria ter vontade de comer a melhor parte do frango, não deveria imaginar-se usando roupas de primeira mão... Ao contrário, ficavam fortemente recomendadas atitudes de autocontrole diante de frustrações e

decepções, como aquela vivida ao ganhar uma lata de leite em pó como presente de Natal, em lugar do sonhado brinquedo, porque a gratidão seria uma virtude que deveria ser cultivada.

O arremate das interações, durante as quais se vinculavam tais mensagens, era o bordão cunhado pela mãe: “Isso não é para o seu bico”. Essa frase, que retumbaria em seus ouvidos, ao longo de toda sua vida, era vivida como ato de humilhação, por meio do qual era declarada como ente inferior, que não faria jus aos mesmos direitos que os demais. Seu efeito, portanto, pode ser considerado como da ordem da despersonalização infra-humanizadora, fenômeno que tem sido bastante estudado no contexto do racismo (Lima e Vala, 2005), mas que pode ser facilmente reconhecido em outros âmbitos, tais como no da opressão psicológica da mulher (Bartky, 1990; 2002).

No presente caso, a inferioridade não parecia se vincular diretamente a condições de raça ou gênero, que, como sabemos, albergam facilmente posicionamento essencialistas, e sim à pobreza, concebida como fundamentalmente incompatível com a vivência de desejos. Assim, onde os humanos viveriam aspirações, os pobres, infra-humanizados, estariam se comportando de modo caprichoso e inaceitável (Marcoccia e Aiello-Vaisberg, 2013). A verdade é que não apenas condições, que podem ser facilmente atribuídas a condições biológicas, como sexo e cor, são passíveis de serem abordadas a partir de visões essencialistas pois é possível construir teorias segundo as quais a própria pobreza não derivaria de condições sociais injustas, mas de dotação genética comprometida.

A profunda e complexa dor emocional, que a declaração materna gerava na paciente em estudo, mesclava vários sentimentos, entre os quais o de perplexidade, motivada por um descompasso entre uma convicção vivencial originária, de ser como os demais, e o pronunciamento materno que a apontava como infra-humana. Assim, a perplexidade se fazia acompanhar de raiva contra a mãe e contra si mesma, configurando uma condição psicológica muito desconfortável. Adulta, a paciente ainda se interrogava sobre o dito materno que, provavelmente como espécie de recordação encobridora, condensava várias situações sofridas de sua infância. De um lado, revoltava-se contra essa sentença, considerando-a injusta. De outro, como pessoa socializada e afetada pela visão de que os pais são figuras protetoras, cujas recomendações devem ser seguidas, vivenciava a mesma frase como uma ordem que cumpria obedecer.

Ainda que a terapeuta, trabalhando sob as diretrizes do estilo clínico Ser e Fazer, não se propusesse interpretar esse material, as demais participantes do grupo não deixavam de se pronunciar. Aventavam, então, hipóteses explicativas, sobre as interações relatadas, que iam desde a atribuição de uma certa cisma

da mãe para com a menina até a invocação de um modo antigo, pouco carinhoso, de criar os filhos, passando pela consideração de que talvez existisse aí uma boa intenção de evitar que a filha viesse a ser humilhada por estranhos, caso não soubesse “colocar-se em seu devido lugar”. Claro que não passava despercebido o fato de que essa suposta tentativa de driblar problemas futuros se fazia mediante a criação de um mal-estar emocional presente, altamente significativo, que ensombrava a vida da menina.

De todo o modo, todas essas não passavam de conjecturas, que aí, no contexto das sessões, não podiam ser comprovadas nem refutadas. Todavia, geravam, pela sua própria pluralidade e verossimilhança, a impressão de que sustentar qualquer tipo de certeza, diante da situação, não seria prudente. Na perspectiva de Herrmann (1979), este já poderia ser considerado um efeito terapêutico, na medida em que corresponderia à ruptura de campos de sentido organizados ao redor de determinadas regras lógico-emocionais que, desse modo, revelavam-se como suspeitas e insustentáveis. Não coincidimos com sua visão porque observamos que a própria paciente vinha há anos colecionando diferentes versões sobre as interações vividas com a mãe, sem alcançar um posicionamento menos sofrido e melhor resolvido.

Entretanto, um dia, vinda de outro compromisso, a terapeuta compareceu ao atendimento munida de um livro sobre a vida e obra de Pablo Picasso. As pacientes detectaram o novo objeto e se interessaram pelo volume. Folheando-o, depararam-se com uma prática bastante interessante do artista, que logo se empenharam em utilizar. Tratava-se de preparar quadros de argila sobre os quais diferentes objetos poderiam ser impressados, deixando aí sua marca. A partir desse momento, várias experiências desse tipo foram realizadas, pelas participantes do grupo, ao longo das semanas seguintes. Numa dessas vezes, a paciente aqui focalizada permitiu-se abandonar o tricô, para não apenas imprimir as agulhas em um quadro de argila, mas também declarar, em alto e bom som, não isento de manifesta alegria: “Faço como Picasso!” Tal acontecer revelou-se um divisor de águas no tratamento dessa mulher, que houve por bem abandonar o ressentimento contínuo relativo à humilhação sofrida por um novo posicionamento, assentado na afirmação da própria capacidade criadora. Nesse momento, comparecia com suas agulhas, símbolos de sua exclusão, mas já usando a argila, por meio da qual adentrava no espaço grupal comum. A partir desse ponto, em que passou a permitir-se fazer experimentações com a argila e abandonar o tricô, foi possível compreender que concebera antes que esculpir “não era para o seu bico”. Membro de um grupo terapêutico constituído a partir do uso da argila, como materialidade mediadora, agia como se fosse tivesse menos direitos do que as demais, despersonalizando-se na medida em que o

conceito de pessoa não se dissocia, de modo algum, da ideia de garantia de alguns direitos básicos e inalienáveis.

Como vemos, há indícios de que o trabalho psicoterapêutico grupal tenha favorecido uma experiência mutativa a partir da qual uma experiência de infra-humanização pôde ser superada. Tal superação não dependeu do acesso ao que teria acontecido no passado infantil, mas da experiência compartilhada pelo grupo assistido por uma terapeuta empenhada em sustentar o acontecer clínico. Ao longo do tempo, parece ter sido gestada uma mudança pessoal, antes existencial do que propriamente cognitiva, a partir da qual pôde ocorrer um verdadeiro reposicionamento da paciente diante de sua história – ou melhor, da parte da história que conhecia sob forma de sofrimento. De um certo modo, o prejuízo derivado de experiências de despersonalização pôde ser como que neutralizado por vivências sobrevindas a partir de sentir-se concretamente vista, aceita e respeitada em sua subjetividade pessoal.

Essa mudança importante não demandou adesão a uma ou outra narrativa aventada pelas demais participantes, seja a da mãe hostil por sua própria natureza, seja a da mãe perversa porque prejudicada em sua própria infância, seja a da mãe que queria proteger a filha de desilusões futuras. Tampouco resultou da percepção de que várias construções explicativas poderiam ser racionalmente aventadas, anulando-se de certo modo. Derivou, de fato, da experiência vivida a partir de sua própria atitude inicial, que mesclava sua presença constante às sessões com a recusa a manusear a argila, por meio do que encenava o drama de sentir-se simultaneamente com e sem direitos de participação.

Claro que esta experiência clínica suscita várias reflexões, a partir das quais é possível produzir conhecimento, tanto sobre como se processam mudanças clínicas, como sobre os caminhos pelos quais se gestam sofrimentos sociais. No momento, parece-nos oportuno destacar um aspecto dessa complexidade, relativo à internalização da opressão e suas consequências clínicas. A nosso ver, a internalização ocorre sempre em toda e qualquer situação de discriminação, opressão e exclusão, mesmo que algumas feministas, como Bartky (1990), aí queiram ver algo característico das relações de gênero. A internalização coloca a vítima em situação peculiar, na qual a subjetividade se vê habitada por tendências opostas, na medida em que coexistem a convicção de igualdade, como aspecto essencial da condição de pessoa, com a assimilação da despersonalização infra-humanizadora. Ora, intervenções que desconheçam essa dualidade tornam-se perigosas na medida em que, não tendo sido paulatinamente desfeita e neutralizada, a vertente identificada com o agressor pode ressurgir de modo truculento e exigir extermínio real ou simbólico do humilhado.

Torna-se assim importante perceber os riscos inerentes a toda doutrinação político-ideológica, mesmo que apresente lastro ético, na medida que, apresentando-se como imposição externa, dificilmente sustenta o reposicionamento autêntico e duradouro da pessoa. De fato, deixando de lidar com o fortalecimento contínuo das convicções relativas à condição inalienável de pessoa, certas formas de conscientização não concorrem para um fortalecimento confiável de *self*. Desta feita, a clínica dos sofrimentos sociais afigura-se como uma alternativa que merece ser examinada por todos aqueles que se interessam por transformações que nos encaminhem para organizações sociais nas quais possam grassar relações humanas que adotem, como fundamento e exigência, o humanismo personalizado.

### **Conclusões**

As condições da vida contemporânea tendem a colocar importantes desafios à clínica psicológica, demandando a consideração atenta de determinação social dos sofrimentos emocionais. Quando atentamos para tais determinantes, questionamos concepções que negam a vigência de uma articulação íntima e indissociável entre os contextos sociais, econômicos, culturais e geopolíticos, nos quais se insere o cotidiano, e a subjetividade. Ao mesmo tempo, criticamos perspectivas que subestimam a importância dessa última, desrespeitando-a sob o pretexto de que não seria mais do que um subproduto desprezível de mentalidades conservadoras.

A nosso ver, é forçoso admitir que as determinações sociais, geradoras do sofrimento emocional, tanto exigem transformações de ordem política e social, por meio das quais a realidade social possa ser estruturalmente modificada, tornando-se mais ética, justa e solidária, como intervenções clínicas que operem no sentido do resgate da pessoalidade humana. Modificações sociais de caráter estrutural, que incidem inclusive sobre condições geopolíticas, notadamente sobre aquelas vinculadas à colonialidade, não tornam desnecessárias ou supérfluas iniciativas de cuidado psicológico, as quais podem contribuir de modo decisivo para a alteração dos campos relacionais, no âmbito dos quais as condições estruturais se atualizam nas interações entre indivíduos e grupos.

Lembramos aqui algumas afirmações de Carretero (2003) que, reconhecendo a importância da subjetividade, preconiza a articulação entre duas ordens de intervenção, clínica e social, junto a grupos marginalizados:

[...] é importante ressaltar aos gestores de políticas públicas que quaisquer que sejam as dimensões políticas propostas, elas estarão sempre lidando com sujeitos. Elas devem saber qualificar (sem humilhar ou se apoiar em

métodos geradores de vergonha) e preservar a memória social e individual [...] Em síntese, torna-se urgente acompanhar qualquer política pública de uma visão clínica, de uma sensibilidade à experiência do outro, seja ele um sujeito individual ou coletivo (Carreteiro, 2003, p. 70).

Ressaltamos, contudo, que iniciativas clínicas, como a que sustentamos, há anos, a partir de nosso trabalho na Universidade de São Paulo, não devem estar necessariamente atreladas a medidas políticas, que se processam segundo várias linhas de complexidade, em função dos agentes institucionais em ação, desde movimentos sociais até a sociedade civil, como um todo, e o próprio Estado. A criatividade humana exige espaços de liberdade onde se possam gestar diferentes movimentos e iniciativas, tais como uma clínica psicológica dos sofrimentos sociais, e fenece quando condicionada e subjugada pelo poder que, ao se agigantar, torna-se inevitavelmente perigoso. A partir dessa concepção, a clínica psicológica pode se inscrever como atividade que se constitui como avesso e verdadeiro antídoto das interações que visam despersonalização que prejudica notavelmente a subjetividade de indivíduos e grupos. A clínica tem espaço próprio, não interferindo, não se confundindo, nem anulando outras iniciativas, uma vez que, afinal de contas, uma sociedade complexa necessita de que sua vitalidade se exprima de modo plural. Neste conjunto, a importância do cuidado ao sofrimento emocional da pessoa não deve ser, de modo algum, minimizada.

### **Referências**

- Abraham, K. (1970) *Teoria Psicanalítica da Libido*. Rio de Janeiro, Imago (Original publicado em 1923).
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012) Paradoxo e Loucura: Radicalidade do Pensamento Psicopatológico de D. W. Winnicott. In I. Sucar e H. Ramos *Winnicott: Ressonâncias*. São Paulo, Editorial Primavera.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006) Prefácio. In T.M.M.Granato e T.M.J.Aiello-Vaisberg *Ser e Fazer: Maternidade na Clínica Contemporânea*. São Paulo, Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003) Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. *Psicologia-USP* V. 14 (1), p. 95-128.
- Ambrosio, F. F. (2013) *O Estilo Clínico Ser e Fazer na Investigação de Benefícios de Psicoterapias*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Puc-Campinas, Campinas.
- Bartky, S. L. (1990) *Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression*. New York, Routledge.

- Bartky, S. L. (2002) *Sympathy and Solidarity and Other Essays*. Laham, Maryland: Rowman & Little Field.
- Bergeret, J. (1974) *Personnalité Normale et Pathologique*. Paris, Dunod.
- Bleger, J. (2002) *Psicologia de la Conduta*. Buenos Aires, Paidós (Original publicado em 2001).
- Bick, E. (1987) Notes on Infant Observation in Psycho-Analytic Training. In M. Harris and Esther Bick *Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 104-113). London, Roland Harris Education Trust (Original publicado em 1964).
- Carreiro, T.C. (2003) Sofrimentos Sociais em Debate. *Psicologia-USP*, 14 (3),57-72.
- Dejours, C. (1980) *Travail, Usure Mentale: De la Psychopathologie à la Psychodynamique du Travail*. Paris, Bayard.
- Dias, E. (2003) *Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, Imago.
- Fanon, F. (1952) *Peau Noire, Masques Blancs*. Paris, Du Seuil.
- Fenichel, O. (1995) *The Psychoanalytical Theory of Neurosis*. London, W.W. Norton & Company (original publicado em 1945).
- Freud, S. (2006) *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Paris, PUF (Original publicado em 1904).
- Freud, S. (1948) Algunas Ideas sobre el Desarrollo y la Regresión. In S. Freud *Conferencias Introductorias al Psicoanálisis*. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva (Original publicado em 1916).
- Furquim, G., Tachibana, M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013) Humilhação: Perversão ou Proteção. Anais da XI Jornada Apoiar. São Paulo, Universidade de São Paulo, p.114-124.
- Grana, R. B. (2007) *Origens de Winnicott*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Harvard University Press.
- Gottlieb, A. (2012) *Tudo Começa na Outra Vida*. São Paulo, Editora UNIFESP.
- Hermann, F. (1979) *O Método da Psicanálise*. São Paulo, EPU.
- Kerneberg, O. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. London, Jason Arason.
- Kleinman, A. Das, V. & Lock, M. (1997) *Social Suffering*. Los Angeles, University of California Press.
- Laing, D. (1955) *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London, Routledge.
- Levi, P. (1988) *Si c'est un homme*. Paris, Pocket (Original publicado em 1947).

- Lévinas, E. (1972) *L'humanisme de l'autre homme*. Montpellier, Fata Morgana.
- Lima, M.E.O. e Vala, J. (2005) A cor do sucesso: Efeitos da performance social e econômica no branqueamento e na infra-humanização dos negros no Brasil. *Psicologia-USP*, 16(3), 143-166.
- Marcoccia, M.C.M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013) “ O Batom e o Pao”: Dialogos entre a Experiencia Elementar e o Estilo Clinico Ser e Fazer. Anais da XI Jornada Apoiar. Sao Paulo, Universidade de Sao Paulo.68-92.
- Mitchell, S. A. (1988) *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, Harvard University Press.
- Politzer, G. (2001) *Critique des fondments de la psychologie*. Paris, PUF (Original publicado em 1928).
- Rogoff, B. (2003) *The Cultural Nature of Human Development*. London, Oxford University Press.
- Schulte, A. A. (2016) *Maternidade Contemporânea como Sofrimento Social em Blogs Brasileiros. Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Puc-Campinas, Campinas.
- Tardivo, L.S.P.C. ( 2004) O Adolescente e o Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje: Reflexoes Psicologicas. Tese de Livre Docencia. Sao Paulo, Universidade de Sao Paulo.
- Toassa, G. (2015) A Psicologia na ‘Jangada de Medusa’: Entrevista com Thomas Teo. *Psicologia e Sociedade*, V. 27(2), p. 460-469.
- Trinca, W. (1976) *Investigação Clínica da Personalidade. O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática*. Belo Horizonte, Interlivros,1976.
- Visintin, C. N. (2016) *Maternidade e Sofrimento Social: Estudo de Mommy Blogs. Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Puc-Campinas, Campinas.
- Winnicott, D. W. (1992) Primitive Emotional Development. In D.W. Winnicott *Collected Papers, Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London, Karnac Books (Original publicado em 1945).
- Winnicott, D. W. (1984) Objetivos do Tratamento Psicanalítico. In D.W. Winnicott *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (1990) Ego Distortion in Terms of True and False Self. In D.W. Winnicott *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in The Theory of Emotional Development*. London, Karnac Books (Original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1971) *Playing and Reality*. London, Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1988) *Human Nature*. London, Free Association Books.

Recebido: 03/05/2017 / Corrigido: 10/05/2017 / Aprovado: 10/05/2017.