



ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL

ISBN 978-85-86736

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO
TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG
(Organizadoras)

apoio



**LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO E
TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG**

**ANAIS DA XI JORNADA APOIAR-
ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E
SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL**

REALIZAÇÃO

PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO

UNIVERSITÁRIA DA USP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA
CLÍNICA SOCIAL**

APOIO:

FAPESP

VETOR EDITORA PSICOPEDAGÓGICA

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (11.: 2013: São Paulo)

Anais da XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL realizada em 22 de novembro de 2013 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Tania Maria José Aiello Vaisberg - São Paulo : IP/USP, 2013.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-86736-56-8

1. Psicologia clínica 2. Identidade 3. Adolescência 4. Clínica I.

Título.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-86736-56-8



RC467

O ESTILO CLÍNICO “SER E FAZER” EM ATENDIMENTOS DOMICILIARES

Natália Del Ponte de Assis
Cristiane Helena Dias Simões
Tânia Aiello Vaisberg

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo defender a ideia de que interrupções de atendimentos psicoterapêuticos, causadas por problemas concretos, tais como o puerpério ou variadas condições de adoecimento que dificultam o deslocamento dos pacientes, devem e podem ser evitadas quando clinicamos a partir de perspectivas que privilegiam o uso de enquadres diferenciados. Como argumentação, é usada a apresentação e discussão clínica de um caso, no qual se conjugam imaturidade emocional com as exigentes tarefas que a maternidade impõe a mulher em nossa sociedade. As linhas gerais da problemática clínica são apresentadas sob forma de narrativa transferencial, que compreendemos a partir da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocionais ou inconscientes relativos. A nosso ver, o quadro geral indica que benefícios importantes são alcançados na medida em que a continuidade das sessões pode ser experienciada como *holding*, e favorece o amadurecimento através de reconhecimento e atenção às necessidades emocionais básicas.

Palavras chave: estilo clínico “Ser e Fazer”, atendimento domiciliar, enquadres diferenciados, *holding*, *Skype*

Neste texto, buscamos defender a importância da não interrupção de atendimentos psicoterapêuticos nos casos em que dificuldades concretas de vida, tais como o puerpério, doenças, acidentes, viagens, entre outros, impossibilitam o paciente de comparecer às sessões. Para tanto, iremos apresentar e discutir o estudo de um caso clínico, em que foi possível prosseguir com o tratamento de uma paciente no puerpério, através de atendimento domiciliar via *Skype*. Neste caso, a imaturidade emocional da paciente, juntamente com as exigentes tarefas que a maternidade

impõe à mulher em nossa sociedade, tornavam a continuidade dos cuidados, calcados no *holding*, fundamentais, no sentido de beneficiar tanto a paciente como o recém-nascido.

Sabemos que a maior parte do trabalho do psicólogo ocorre em consultórios, organizados para atendimentos individuais ou grupais, que podem ser privados ou instalados em contextos institucionais. Em ambos os casos devem estar organizados para garantir conversas e/ou interações³³ reservadas. Uma porcentagem menor de atendimentos acontecem em outrassituações, como no espaço público, no caso de acompanhamento terapêutico (SIMÕES, CORBETT, AIELLO-VAISBERG, 2008; MANNA, AIELLO-VAISBERG, 2012) ou em hospitais, com pacientes internados (MICELLI-BAPTISTA, AIELLO-VAISBERG, 2003). Entretanto, concordamos com Winnicott (1962) quando diz que os pacientes devem ser analisados quando necessário, mas que em muitos casos serão beneficiados se receberem atendimento psicanalítico em outros enquadres. No entender deste autor, a segunda alternativa corresponde a “ser um psicanalista praticando outra coisa que acreditamos ser mais apropriada para a ocasião” trata-se, a seu ver, de “ser um psicanalista fazendo outra coisa, mais apropriada para a ocasião” (WINNICOTT, 1962, p. 155). Entendemos que “ser” um psicanalista sugere tanto uma relação de desenvoltura com o método psicanalítico como um posicionamento basicamente dialógico com as teorias. Paradoxalmente, podemos recriar e reinventar aquilo que há para ser encontrado, sem nos submeter à teoria. Isso possibilita maior flexibilidade para fazermos intervenções criativas, sem abrir mão da fundamentação teórica e metodológica de maneira rigorosa (AIELLO-VAISBERG, 2003).

Defendemos que é necessário inovar e desenvolver a psicanálise, para que seja possível atender a demandas que não existiam nos primórdios dessa clínica tradicional. Sabemos que se essas transformações não ocorressem, a psicanálise continuaria restrita ao tradicional *setting* analítico freudiano. Certamente, a manutenção de tais delineamentos, impossibilitaria o benefício de grande parte da população brasileira que vive em condições de precariedade social e apresenta

³³ Lembramos aqui sessões de ludoterapia e de arteterapia, nas quais a comunicação emocional pode ocorrer segundo comunicações não-verbais.

sofrimentos emocionais muito diversos daqueles apresentados pelo clássico neurótico para o qual o enquadre padrão foi idealizado.

No caso em questão, uma paciente, imatura emocionalmente, continuou sendo atendida através do *Skype* durante o final da gestação e o puerpério, período em que dificuldades concretas de locomoção ocorrem devido ao ganho de peso, cansaço, mudanças na rotina e atenção absoluta ao bebê. Consideramos que, principalmente nos momentos de dificuldade, há necessidade de sustentação ambiental por parte do psicólogo clínico. Sendo assim, utilizaremos o exemplo deste caso, com o objetivo de estender e compreender a importância do *holding* em diversas situações complexas de vida. O *Skype* foi usado como canal facilitador de forma prática e eficaz, sem que a paciente precisasse sair de casa. Lembrando que inicialmente as sessões eram presenciais, realizadas em consultório particular.

Durante todo o atendimento, pautamos nossa prática inspirando-nos no estilo clínico “Ser e Fazer”, que se define pelo cultivo de compreensão aprofundada sobre a dramática vivida e o substrato inconsciente, a partir do qual emerge, bem como pela busca de intervenções delicadas, por meio das quais se expressa o *holding* que favorece a superação de dissociações defensivas e a conquista de um posicionamento existencial mais integrado e espontâneo (AIELLO-VAISBERG, 2003; 2004). Trata-se, como se vê, de proposta que converge com a leitura de autores que, a exemplo de Greenberg e Mitchel (1984) entendem que o pensamento winnicottiano fundamenta uma clínica psicanalítica aparentada com visões filosóficas que valorizam a conquista de posicionamentos existenciais mais autênticos (AIELLO-VAISBERG, 2003; 2004).

Os enquadres diferenciados “Ser e Fazer” mais conhecidos são as oficinas psicoterapêuticas de criação. Estas se caracterizam pelo fato de terem no *holding* a intervenção privilegiada, por usarem materialidades mediadoras, que facilitam a expressão subjetiva e por se darem preferencialmente em enquadres grupais. Contudo, podemos dizer que ao privilegiar o *holding*, buscando compreender profundamente a dramática vivida, vale dizer, as necessidades do *self*, já nos movemos em termos do estilo clínico “Ser e Fazer” (GIL, 2010; MENCARELLI, BASTIDAS, AIELLO-VAISBERG, 2003; BASTIDAS, AIELLO-VAISBERG, 2003;

VITALI, AIELLO-VAISBERG, 2003) Mais recentemente, inclusive, temos trabalhado no sentido de também atentar para as exigências do amadurecimento humano, cujo caráter é simultaneamente emocional e ético, que se encontram em jogo em todas as queixas e sofrimentos, num diálogo com a antropologia da experiência elementar (MAHFOUD, 2012). A perspectiva da experiência elementar parece, deste modo, complementar harmoniosamente o que já vínhamos praticando como estilo clínico “Ser e Fazer”.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Recebemos em atendimento³⁴ uma mulher de 35 anos com diagnóstico de depressão, que era acompanhada e medicada por um psiquiatra. Formada em administração de empresas, trabalha com vendas, sem sentir-se verdadeiramente realizada do ponto de vista profissional. Seu marido é um médico, ativo e ocupado, mas atento e carinhoso, que já havia sido casado anteriormente. Tem dois filhos, de oito e dez anos, que passam dois finais de semana por mês com o casal. Segundo a paciente, a relação com os enteados é boa, pois moram longe e “não lhe dão trabalho”, pois sabem entreter-se com o computador e a televisão. Cerca de dois anos e meio após o início da psicoterapia a paciente, que apresentara melhoras, que repercutiram favoravelmente na sua vida, tanto em termos profissionais como de relacionamento, engravidou. A partir deste momento, passou a queixar-se de tristeza e a manifestar temores de desenvolver um quadro depressivo, eventualmente mais grave do que o anterior.

Imaginava-se apresentando uma depressão pós-parto, enquanto se preocupava com sintomas que passaram a se tornar relativamente frequentes, tais como choro excessivo, desânimo e um persistente sentimento de inutilidade perante a vida. A evidente piora do estado emocional da paciente, que coincidia com a gestação, levou-nos a modificar o enquadre. Nos colocamos claramente mais disponíveis, caso necessário, para contatos extras entre as sessões, que seguiam sendo

³⁴Esta paciente foi atendida pela psicóloga Cristiane Helena Dias Simões.

semanais. Percebemos que esta oferta foi tranquilizadora, contudo na prática, não foi solicitada.

O surgimento de limitações físicas, esperadas pela própria gestação, mas acentuadas por uma gestação gemelar, que, no caso, resultava num aumento considerável da barriga, por características de personalidade da gestante e por condições urbanas que dificultam deslocamento em transporte coletivo, tornava a vinda ao consultório um problema. A própria paciente, então, solicitou atendimentos domiciliares via *Skype*.

Aceitamos introduzir esta mudança e fomos surpreendidas positivamente ao constatar que a paciente continuou a se sentir assistida e amparada. Ao contrário de possíveis manifestações de resistência, encontramos uma adesão que revelava o quanto se sentiu confortavelmente sustentada. Nesse sentido, esta alteração de enquadre não inibiu o desenrolar do atendimento, que seguiu diferentes caminhos transferenciais em função daquilo que precisava ser vivido por esta gestante. Aspecto digno de nota, é o fato de praticamente ter sido possível não interromper a psicoterapia, uma vez que as sessões só cessaram durante a internação hospitalar de curta duração.

Vale a pena destacar que a tecnologia do *Skype* não tem características invasivas, uma vez que permite que se marque horário e que tanto terapeuta como paciente escolham o cenário no qual se desenrolará a conversa. No presente caso, a possibilidade de mostrar o quarto do bebê e o próprio bebê evidenciam como uma nova tecnologia pode ser colocada a serviço do cuidado psicológico.

ACOMPANHANDO TRÂNSITOS ENTRE CAMPOS TRANSFERENCIAIS

Com o objetivo de mostrar a mudança do campo transferencial entre a paciente e a psicóloga, e evidenciar a necessidade de atendimento psicológico durante o período crítico do puerpério, mostraremos o campo em que estávamos durante as sessões presenciais, e em que campo entramos a partir do uso do atendimento virtual via *Skype*. Adotamos, assim, o Procedimento “Ser e Fazer” de Acompanhamento de Intervenções Psicoterapêuticas, que vem sendo utilizado no contexto das

supervisões clínicas da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, tendo sido recentemente formalizado, apresentado e fundamentado teórico-conceitualmente por Ambrosio (2013).

As sessões foram registradas por meio de narrativas transferenciais (AIELLO-VAISBEG et al., 2009). Essas foram elaboradas de memória para retratar o acontecer clínico tanto em termos de registro de ocorrências, como em termos de registro de impactos contratransferenciais, sob a forma de comentários acerca dos afetos, sentimentos e emoções vivenciados pelo analista/pesquisador. Desse modo, são incluídas impressões, associações, ideias, fantasias e sentimentos contratransferenciais. Esse material foi abordado à luz do método psicanalítico, segundo as palavras de ordem recomendadas por Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido”. Por esta via, pudemos criar/encontrar dois campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, que intitulamos “Todos me devem” e “Eu controlo”.

Definimos um primeiro campo intitulado como “Todos me devem”, que se organiza ao redor da crença de que todas as pessoas são incompetentes, descuidadas e não conseguem cuidar suficientemente bem “de mim”.

Inicialmente, a paciente se queixava de depressão e angústias profundas. Conforme as sessões ocorreram, pudemos perceber suas reclamações incessantes em relação a como o mundo estava em dívida com ela. A seu ver, as pessoas, de modo geral, eram incompetentes, descuidadas, irresponsáveis e não supriam suas necessidades.

Há poucos anos, sua mãe estava ocupada cuidando de sua tia mais velha vítima de câncer. Ela dizia sentir raiva e culpa por desejar a morte da enferma. Suas queixas em relação à falta de cuidado de sua mãe eram muitas, e em vários momentos só conseguíamos enxergar uma criança reivindicando a atenção total de todos. Por outro lado, vale ressaltar, que quando recebia algum tipo de cuidado ou atenção, sentia-se invadida. Deste modo se encontrava numa posição extremamente desconfortável, na qual paradoxalmente pedia e rejeitava a aproximação do outro. Este tipo de movimento se repetiu algumas vezes, em registro transferencial, na relação com a terapeuta, ainda que de forma discreta e sutil.

Definimos um segundo campo de sentido afetivo-emocional denominado “Eu controlo” como aquele regido pela crença de que controlaria a situação, podendo expressar todas suas necessidades na relação com a terapeuta. Após as sessões via *Skype*, pudemos perceber manifestações que podem ser consideradas como experiências de onipotência em relação aos atendimentos. Entendemos que a sensação de que seu acesso à psicóloga foi facilitado, pode ter despertado uma fantasia de estar no controle da situação, ou seja, de poder descartar a terapia quando quisesse, ou remarcar de acordo com a sua conveniência. A terapeuta buscou sempre se adaptar à demanda da paciente, pois sua condição de gestante e, depois, mãe de um recém nascido, deixava-a confusa e cansada. De certa forma, a tecnologia em uso se prestou à configuração de uma experiência regressiva na qual se sentiu podendo contar com uma terapeuta que estaria a seu dispor.

Com o *Skype*, a paciente podia aparecer tanto vestida normalmente, como de pijamas, caso se sentisse “indisposta, preguiçosa ou sem ânimo para arrumar-se”. Podia, também, mostrar espaços domésticos, inclusive o quarto do bebê, ou objetos importantes, dotados de significados emocionais. Até mesmo a desorganização doméstica, eventualmente motivo de forte irritação, podia ser apresentada, de modo que servia tanto para diminuir a distância entre si mesma e a terapeuta, já que podiam compartilhar a visão das mesmas coisas, como comprovar que suas angústias e lamúrias não eram infundadas.

Transitando para este segundo campo, a paciente foi se apresentando de forma mais regredida e onipotente. A mudança parece ter sido facilitada pelo novo enquadre, em que o fato de ser atendida sem sair de casa, dispensava a observação de regras sociais que regulam a ida de uma pessoa a um consultório particular. Regras relativas a horários, vestuário e providências práticas para locomoção. Em outros termos, enquanto sair de casa exigia um comportamento adulto autônomo, em sua casa podia alcançar a psicóloga, pronta para ouvi-la, mediante o aperto de um botão.

Na verdade, é importante salientar que esta situação favoreceu uma vivência de controle, que de fato, não ocorria. Esse exemplo acontece com os bebês desde o ponto de vista do ambiente, que se adapta maximamente às suas necessidades sem

ser, evidentemente, controlado de fato pela criança. No presente caso, o *Skype* só trazia a terapeuta em horários combinados ou após um pedido, este feito via mensagem escrita pelo telefone celular. Na prática, tanto solicitou sessões extras, muitas vezes aos prantos, como desmarcou sessões alegando não estar incomodando porque a psicóloga também estaria, neste momento, confortavelmente instalada. Durante certo período, a terapeuta adaptou-se às necessidades da paciente, sem grandes inconvenientes, pelas facilidades práticas do equipamento. A percepção da disponibilidade da terapeuta era calmante em si, dispensando, algumas vezes, a realização de uma sessão completa de cinquenta minutos.

Durante as sessões que respondiam a seus pedidos desesperados, a paciente expressava angústias intensas ligadas a dificuldades severas em dar conta do atendimento do bebê. Isso gerou preocupações e exigiu um manejo atento, já que mais de uma vez se aproximou de estados em que parecia tocar um limite a partir do qual outras providências, de ordem psiquiátrica, deveriam ser tomadas. Entretanto, a disponibilidade da terapeuta revelou-se suficiente para sustentar a regressão em curso, sem comprometer o atendimento do bebê.

Percebemos que este tipo de tecnologia, usada com serenidade pela profissional, permitiu uma experiência ilusória que visivelmente tranquilizava a paciente, que pôde assim sair, paulatinamente, deste campo de controle para adentrar e permanecer cada vez mais em estados calmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfatizamos que nesse contexto específico, a intervenção via *Skype* é diferente daquela em que o psicólogo nunca teve contato inicial com o paciente. No presente caso, o processo terapêutico ocorria há alguns anos, de modo que a paciente já havia formado um vínculo importante e seguro com a terapeuta. É importante destacar algumas singularidades do atendimento, na medida em que usamos o *Skype* como meio de expressão do *holding*, segundo as linhas que definem o estilo clínico “Ser e Fazer”. O enquadre sofreu modificações, que repercutiram sobre o campo transferencial, permitindo que uma regressão sustentada tivesse lugar.

Evidentemente, casos como este suscitam questões, que devem ser debatidas e investigadas. Uma delas diz respeito à delicadeza do manejo requerido, uma vez que se tratava de cuidar não apenas de uma adulta em estado de regressão, mas também de um bebê sob seus cuidados. Assim, concluímos que neste caso, a utilização da tecnologia caminhou convergentemente à necessidade de um aumento de atenção em relação ao manejo que o drama vivenciado pela paciente demandou.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. *Psicologia USP* (Impresso), São Paulo, v. 14, n. 1, p. 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. A.; AMBROSIO, F. F. O ser e o fazer na HYPERLINK G, T. M. J. A.; AYOUC, T.; CARON, R.; BEAUNE, D. Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: BEAUNE, D (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Harmattan, v. 1, p. 39-52, 2009.
- AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O estilo clínico ser e fazer como proposta para o cuidado emocional de indivíduos e coletivos. *Revista da SPAGESP*, v. 10, p. 39-44, 2009.
- AMBROSIO, F.F. *O Estilo Clínico "Ser e Fazer" na Investigação de Benefícios Clínicos de Psicoterapias*. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.
- GIL, C. A. A Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudanças (IMS)*, v. 19, p. 19-30, 2011.

- GRANATO, T.M.M; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Ser e fazer na maternidade contemporânea. *Estudos de Psicologia* (PUCCAMP. Impresso), Campinas, v. 20, n. 2, p. 71-76, 2003.
- HERRMANN, F. *O método da psicanálise*. São Paulo, EPU, 1979.
- HERRMANN, F. *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MANNA, R.E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Estilo Clínico Ser e Fazer de Acompanhamento Terapêutico: uma proposta inovadora em saúde mental. In: *Cadernos HabitAT: Contornos do AT / Organizado por Tania Possani, Marcelo Soares da Cruz e Alexandre Piné – São Paulo: Dobra Editorial. p. 41-53, 2012.*
- MENCARELLI, V. L.; BASTIDAS, L. S.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Oficinas de velas ornamentais com usuários de um Programa DST/aids. Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. *Anais do I Seminário Temático SER e FAZER & Tecer*, São Paulo, v. 1, p. 92-96, 2002.
- MICELLI, Adriana Micelli. *Consulta Psicoprofilática ao Residente de Medicina: Proposta de um Enquadre Diferenciado à Luz da Perspectiva Winnicottiana*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- MAHFOUD, M. *Experiência Elementar em Psicologia*. Belo Horizonte: Artesã, 2012.
- SIMÕES, C. H. D.; CORBETT, E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Considerações sobre o acompanhamento terapêutico desde uma visão winnicottiana*. In: XIII Colóquio Winnicott: os casos clínicos de Winnicott, São Paulo, 2008.
- WINNICOTT, D.W. Os objetivos do tratamento psicanalítico (trad.) In D.W. Winnicott (Ed.) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984/1962.