

OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

CARVALHO, Felipe Mio de. Estudo de caso em atendimento psicoterápico ao trabalhador: os processos simbólicos, burnout e os conteúdos significativos da tarefa. *Omnia Saúde*, v.7, supl., p.24-54, 2010.

ESTUDO DE CASO EM ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO AO TRABALHADOR: OS PROCESSOS SIMBÓLICOS, BURNOUT E OS CONTEÚDOS SIGNIFICATIVOS DA TAREFA

CASE STUDY IN CARE WORKER PSYCHOTHERAPY: SYMBOLIC PROCESSES, BURNOUT AND THE CONTENTS OF SIGNIFICANT JOB

Felipe Mio de Carvalho

Psicólogo (UEM) – Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

Resumo

Este trabalho compreende um relato de experiência profissional produzido a partir de um atendimento a uma cliente, encaminhada por um serviço médico ao Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NAST). Apresenta uma intervenção pautada na Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica, onde foram explorados conjuntamente com a paciente os conteúdos significativos da tarefa e também a possibilidade de transformação e reelaboração dos processos simbólicos. Os resultados indicam que no momento de uma entrevista clínica, a atenção dirigida aos sintomas, por vezes inibe a percepção do modo como o indivíduo se reproduz naquilo que faz. O fazer, aqui representado como alguma modalidade de trabalho, propicia a expressão subjetiva, quer seja pela condição de auto realização ou em sua condição inversa, o adoecimento que acompanha e faz alusão a estagnação das escolhas da vida pessoal. Assim, o trabalho pode demonstrar quanto o indivíduo está imobilizado em uma identificação ou em que medida pode haver sublimação. As aquisições de insight, sejam de caráter racional ou emocional, permitem um redimensionamento da capacidade de simbolização. Pode-se, assim, ressaltar a dialeticidade presente no processo psicoterápico e a possibilidade de inclusão da psicoterapia como elemento intermediário entre o mundo interno e o mundo externo, ou seja, do self e do trabalho.

Palavras-Chave: Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica; Conteúdos Significativos da Tarefa; Processos Simbólicos; Trabalho.

ABSTRACT

This work contains an account of professional experience produced from a call to a customer referred by a medical service to the Center of Attention to Worker (NAST) Health. Presents a guided intervention in Brief Psychotherapy Psychoanalytic Orientation, where they were operated jointly with the patient the significant content of

the task and also the possibility of transformation and reworking of symbolic processes. The results indicate that at the time of a clinical interview, directed attention to the symptoms sometimes inhibits the perception of how the individual plays in what he does. The task, here represented as some form of work, provides a subjective expression, whether the condition of self-realization or its inverse condition, the illness that accompanies and alludes to stagnation of personal life choices. Thus, work can demonstrate how much the individual is immobilized in an identification or to what extent there may be sublimation. The acquisition of insight, whether rational or emotional character, allow a scaling capacity for symbolization. One can thus emphasize this dialectic in psychotherapy process and the possibility of inclusion of psychotherapy as an intermediary element between the inner and the outer world, i.e., of self and work.

Key Words: Psychotherapy Brief Psychotherapy; Significant Contents of the Task; Symbolic Processes; Work.

INTRODUÇÃO

O trabalhar e a subjetividade

O trabalho se configura como umas das atividades mais importantes da humanidade, diferenciando-o de outras formas de vida e tornando possível a transformação da natureza e a produção de cultura. Por isso é frequente na literatura as posições teóricas que indicam que o trabalho humaniza, conforme afirmam Savianni (2005), Codo e Vasques-Menezes (1999a), Codo e Gazzotti (1999).

Savianni (2005) expõe a importância do trabalho ao dissertar sobre a tese que o homem não se adapta ao meio ambiente presente, mas modifica este por intermédio de seus membros e ferramentas. Neste processo de transformação o próprio ser humano vai se modificando, pois através daquilo que está a criar ele se depara com algo que não é mais natural, se depara com algo que é humano, que adveio de uma atividade teleológica e que em uma relação dialética modificará o seu criador. No seio do mais primitivo trabalho humano nasce a humanização, a consciência e a cultura (SAVIANNI, 2005; LEONTIEV, 2004a; LEONTIEV, 2004b)

A ideia de humanização pelo trabalho é encontrada com frequência em autores que procuram romper com a necessidade de máxima produção, ideologias subsequentes e alienação. Em uma perspectiva muito similar de Savianni (2005), Soratto e Heckler-Olivier (1999) propõem a mesma definição de trabalho e a utiliza em um âmbito prático, ajudando a compor um tomo de leituras – *Educação Carinho e Trabalho, Editora Vozes, 1999* - sobre a educação formal brasileira advindo de um longo trabalho de pesquisa sobre a saúde e a condição do educador brasileiro. Mesmo com ênfases e metodologias diferentes, ambos verificam a dialética presente entre o indivíduo, matéria prima e trabalhador.

É nesta dialeticidade do trabalho que o psíquico se faz presente. Ao trabalhar, o homem realiza um ato concreto, dispense energia física que realiza a ação, mas concomitantemente dispense energia psíquica que gera significado às coisas envolvidas ao trabalho (CODO e GAZZOTTI, 1999). Através dessas duas ações, o homem se

encontrará muito próximo aos demais homens e ao mesmo tempo diferente, conforme esclarece Codo e Gazzotti (1999) a seguir:

“Através do trabalho o homem, na relação com o objeto, entra em contato com o mundo real concreto, descobre-se igual a outros homens, identificando-se enquanto ser humano. Ao mesmo tempo, dotado de sua subjetividade, ele vai diferenciar de outros homens e construir sua individualidade. Se por um lado ele compartilha da história da espécie humana, por outro ele também desfruta de uma história individual, que é diferente e única” (CODO e GAZZOTTI, 1999 p.52)

Conforme denotado na citação, a subjetividade surge como um elemento diferencial e individual. Adere algo a mais que a objetividade no processo de humanização. Tal forma de pensar abre possibilidades para compreender a subjetividade como elemento marcante no trabalhador e no trabalho onde a noção de identidade ou até mesmo um sofrimento psíquico podem se manifestar.

Cabe assinalar que o conceito adotado de trabalho não se restringe ao exercício de uma atividade remunerada como eixo de definição, pois sua marca notória é a dialeticidade entre homem, ação e ambiente. Assim o homem ou a criança exercem uma infinidade de atividades que podem ser classificadas como trabalho e não são remuneradas, mas podem ser modificadores ou estruturadores da identidade de um humano. Portanto a historicidade de um ser-humano e suas ocupações, mesmo que pertençam ao extremo do imaginário e do lúdico são essencialmente importantes, pois ali serão produzidas fantasias e representações que futuramente tomaram força na *práxis* (CODO, 2004; TAVARES, 2004), especialmente negativa se servirem a reafirmar algum sentimento de impotência imanejável – criando uma alteração, ou ressignificação na identidade do trabalhador.

Considerando o trabalho por si-próprio é possível afirmar que nenhum é igual ao outro, pois, cada atividade detém características próprias. Existem por demais variáveis em jogo, mas mesmo assim Savianni (2005) consegue adotar uma classificação para o conceito de trabalho na sociedade atual e o dividir em dois tipos, a saber: um em que o processo de produção e consumo ocorrem em etapas diferenciadas e o outro que não há separação entre o processo de produção e consumo. Em exemplificação, pode-se dizer que respectivamente, está a se falar sobre o trabalho de um marceneiro que é efetuado em um tempo, gerando um produto que será consumido pelo comprador em outro tempo, em um segundo tempo; enquanto que o produto do trabalho do professor é criado ao mesmo passo que é consumido pelos alunos, não havendo neste caso separação entre produção e consumo (SAVIANNI, 2005).

Esta diferenciação se mostrou de grande importância prática, pois o segundo grupo de trabalhadores, representados no exemplo pelos professores, estariam mais pré-dispostos a sofrer da dificuldade de delimitação dos resultados de uma atividade desempenhada. Assim a subjetivação do trabalho seria dificultada e poderia vir a faltar significação à atividade.

O professor pertence a um grupo mais amplo, conforme explana Codo e Gazzotti (1999), os chamados cuidadores. Estes são os profissionais que intervêm diretamente no outro, conforme demonstrável abaixo:

“Por ora basta concluir que o educador faz parte do tipo de trabalhador que vem sendo chamado de *care-givers*, doadores de cuidado, como os enfermeiros

ou assistentes sociais: desenvolve de um trabalho onde a atenção particularizada ao outro atua como um diferencial entre fazer e não fazer sua obrigação. Em outras palavras, é um trabalho impossível de ser taylorizado, de se enquadrar em uma linha de montagem fordista, um trabalho que, ou leva em conta os vínculos afetivos com o aluno, com o produto, com as tarefas, ou simplesmente não se viabiliza” (CODO e GAZZOTTI, 1999 p.51).

Na citação acima fica demarcado a característica essencial do cuidador: doar atenção particularizada ao outro. A ideia subjacente ao “particular” faz toda a diferença; a atenção doada é permeada por uma subjetividade-empática que visa compreender as mazelas do outro e assim atuar nestas, cumprindo seus objetivos ou suas aspirações. Está a se falar de um trabalho impossível de ser *taylorizado* (CODO e GAZZOTTI 1999), pois as características componentes deste são por demais variadas e não cabíveis nos estudos de tempos e movimentos.

Na configuração das divisões modernas do trabalho, o *taylorismo* contribuiu por cindir afeto e trabalho através da restrição do âmbito de produção como local de objetividade e não subjetividade. O trabalho foi reduzido a apenas as ações necessárias para o desenvolvimento de uma atividade, aos tempos e aos movimentos (BROWN, 1972) que aumentariam a eficácia e a eficiência da atividade desempenhada. Não poderia nestas condições existir o afeto, a individualidade, e sendo assim estes foram expurgados da indústria e ficaram restritos ao lar e as instituições voltadas a esta finalidade (BROWN, 1972; CODO e GAZZOTTI, 1999).

A exclusão do cuidado na cadeia produtiva possibilita diretamente a exclusão do cuidador em diversos níveis, especialmente aqueles sobre saúde no início do século XX. Em contrapartida, desde as primeiras décadas do séc. XX diversos pesquisadores procuraram compreender os impactos criados pela organização *taylorista* e procuravam uma forma de compreender a fadiga; inclusive a Psicologia também abordou o *taylorismo* e o fez de diversas formas. Inicialmente Elton Mayo pode outorgar a importância das relações humanas em um lugar que procurava romper com quase toda subjetividade em viés de ser expressa. Este pesquisador abriu a possibilidade de iniciar um processo de compreensão sobre a subjetividade daquele que se encontra preso a estrita objetividade e desde então os pesquisadores começaram a dar mais atenção aos eventos subjetivos presentes no trabalho (SAMPAIO, 1995).

A atividade do cuidado se configura não somente como as avessas do *taylorismo*, mas também é excluída dos avanços específicos das ciências médicas e humanas. Estas condições se somam e conforme aponta Sanches (2009) ajudam a formular ideologias que podem servir para agregar desvalorização à figura da mulher que supostamente teria a incumbência de cuidar, pois assim seria o natural.

É também neste mercado de trabalho que as atividades que inspiram necessidade de cuidado não detêm homogeneidade, pois os cargos de *care-givers* podem estar presentes tanto em instituições com normas fixas e bem definidas de trabalho (ou sem normas, à deriva dos ímpetus das transversalidades da organização) ou em lares; podendo receber remuneração para aquilo que desempenham ou não; podem ter sido instruídos formalmente, aprendendo o ofício que reproduz a necessidade de cuidar com parâmetros e embasamento científico ou terem aprendido a cuidar dos outros no âmbito do próprio lar, durante seu desenvolvimento ou mediante necessidade.

É neste campo permeado por contradições, do avançado e do atrasado (SAMPAIO, 1995) ou esquecido, e pela necessidade de mais produzir e consumir mais que a prática do cuidador se realiza muitas vezes invisível, já que acontece em âmbito privado e pode ser tomado como natural e sem valor de troca (SANCHES, 2009). E são nestas particularidades que o campo sobre o cuidador necessita de mais especificidade. Espera-se que ao longo deste artigo seja possível escamotear melhor certas particularidades, especialmente aquelas que compuseram os constructos teóricos necessários ao atendimento psicológico do caso que se segue.

As implicações psicológicas da atividade de cuidar

É muito amiúde conhecido pela Psicologia que “todo trabalho envolve algum investimento afetivo por parte do trabalhador” (CODO e GAZZOTTI 1999, p.50) e que não é possível a existência da realização de um trabalho sem nenhum entorno de subjetividade. O próprio trabalho coloca o homem em posição de exercício ou de atualização de sua subjetividade, aumentando o processo de individualização. Assim o é, porque as vivências e as representações internas são levadas pelo trabalhador para o trabalho, formulando intercâmbios da noção da identidade com os produtos resultantes da atividade. Estes processos descritos também se reproduzem naqueles que trabalham cuidando de outro ser humano (SORATTO e HECKLER-OLIVIER, 1999; CODO; GAZZOTTI, 1999).

A problemática e o diferencial para a efetivação de uma atividade clínica em psicologia, voltada à aqueles que detêm a profissão do cuidar inicia-se através do entendimento das próprias características da atividade. Assim sabe-se, conforme ressaltado por Codo e Gazzotti (1999), que as atividades que exigem maior demanda afetiva promovem maiores desajustes entre a realidade objetiva e o mundo subjetivo, ainda embora que

“À primeira vista, esta colocação pode parecer extremamente contraditória, pois se estamos afirmando a necessidade de um equilíbrio entre objetividade e afetividade no âmbito do trabalho, estas atividades são justamente as que mais espaço teoricamente proporcionariam para expressão da afetividade” (CODO e GAZZOTTI, 1999 p.55).

Tais desajustes seriam ocasionados, segundo Codo e Gazzotti (1999 p.55), pelo investimento afetivo no outro e que com frequência não seria reapropriado. Seja em decorrência das condições de uma situação formal ou por outros motivos. Ademais, concluem que o “afeto é uma relação aonde não há espaço para mediação” e esta é uma condição que permeia o sofrimento de quem cuida.

Algum conhecimento sobre o sofrimento advindo da atividade de cuidar não é algo novo, pois já se sabia, em 1890, que aquele que cuida de uma pessoa doente acaba por adoecer psiquicamente e provavelmente não foram Freud (2006a) e Breuer os primeiros a afirmar tal coisa, mas eles haviam atribuído uma parcela do adoecimento de Anna O. aos sofrimentos vivenciados ao cuidar do pai enfermo. Naqueles tempos eles teorizaram a gênese da histeria como resultado de experiências não *ab-reagidas* e cuidar de uma pessoa enferma poderia gerar tais experiências.

As colocações dos percussores da Psicanálise promoveram certa teorização sobre o cuidador, mas, somente muito tempo depois que se iniciou a produção de pesquisa dedicada esta temática. Um ponto memorável é a metonominização da palavra *burnout*, utilizada por Maslach em 1974 (MILLAN, 2007), para o adoecimento específico que os cuidadores de dependentes químicos estavam a desenvolver.

Desde Maslach tem se produzido muito sobre o *burnout*, mas este campo de trabalho é ainda delicado e carece de uma conceituação precisa, embora seja reduzível a colocação conceitual de estresse crônico laboral, independente de depressão ou qualquer outra psicopatologia mais antiga. Para Maslach e Jackson (1981 *apud* CODO e VASQUES-MENEZES, 1999b, p. 238) “tal estresse laboral crônico é uma reação a tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas”. O *burnout*, para os primeiros pesquisadores, surgiria ao passo que o trabalhador envolve-se com seus clientes e passa a vivenciar conjuntamente o sofrimento, entrando em *burnout*.

Codo e Gazzotti (1999) apropriam essa colocação sobre *burnout* e aderem maior especificidade ao pontuar que o *burnout* prevalece naqueles que tem como ofício o cuidar, sejam professores, educadores, enfermeiras ou até mesmo donas de casa que cuidam da família. A gênese do desgaste seria explicável pela alta discrepância entre o que o trabalhador investe afetivamente e aquilo que recebe. Assim acontece porque deve transferir à quem está sendo cuidado partes de si, assim estabelecendo um vínculo que levará a um processo empático (CODO e GAZZOTTI, 1999 p.53). É um processo permeado pelo mecanismo da identificação e pode levar a um envolvimento entre cuidador e objeto de cuidados.

O *burnout* conforme definido anteriormente é crônico, ou seja, se estabelece por um *continuum* de exposição do indivíduo aos causadores da afecção. Não é possível definir o tempo necessário ao adoecimento, mas sabe-se que a decadência da saúde mental de um cuidador inicia quando são aumentadas as tensões entre vincular-se e não vincular-se, pois o próprio trabalhador em decorrência das insatisfações e desequilíbrio da economia psíquica começa a relutar exercer algo tão importante a profissão: vincular-se. São então, utilizadas algumas defesas para lidar com esta tensão (CODO e GAZZOTTI, 1999).

A tensão do trabalho do cuidador não é necessariamente patogênica, porém, em contrapartida as mediações que impedem o cuidador de reapropriar os afetos que foram investidos são fatores de risco (CODO e GAZZOTTI, 1999). O ponto chave está na reapropriação afetiva e esta não precisa ser apenas aquela advinda do objeto de cuidado, mas serve se advir da rede existente aos entornos do trabalho. Que seja tomado de exemplo um professor que veementemente conseguiu alfabetizar uma criança com severas dificuldades: a reapropriação não necessita vir da criança, pode ser realizada pela família do infante ou então pelos colegas de trabalho ou por alguém presente na “rede educação”.

Desta forma para o entendimento das implicações psíquicas é também necessário a apreensão do ambiente de trabalho, das relações e redes que compõe a organização. A cultura organizacional deve ser levada em consideração e o mesmo pode ser válido para uma situação familiar, já que nesta também existe uma cultura que atravessa as relações entre os indivíduos. Desta forma, tanto em uma organização quanto em uma família, deve-se considerar a cultura oculta que regulamenta e indiretamente formaliza as formas

de conduta e como seriam vivenciadas as transgressões a este suposto conjunto de regras (FLEURY e FISCHER, 1989).

O processo de sofrimento ou até mesmo de adoecimento é invisível até certo ponto e passa a se tornar deflagrável quando surgem

“Atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho; é assim uma experiência subjetiva, envolvendo atitudes e sentimentos que vem acarretar problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e a organização” (CODO e VASQUES-MENEZES, 1999b p.240).

Exemplos destas condições são encontradas nas bases de dados indexados e literatura especializada, onde tem se estudado muito tais condições em enfermeiras e profissionais de instituições públicas de saúde.

O desenvolvimento deste estado e condições levam o trabalhador a um processo de desistência, caracterizado inicialmente por redução da motivação. O padecimento é composto por três elementos marcantes e notórios, que inviabilizam as atividades de cuidado, a saber, estes são: “Exaustão emocional”, pois os cuidadores sentem que não conseguem afetivamente doar mais de si e se sente esgotados e sem recursos internos para lidar com suas implicações profissionais; “Despersonalização”, redução e perda da empatia e afetividade na relação com outro, pois começam a desenvolver e direcionar aos demais atitudes negativas, como o cinismo, ironia ou indiferença; “Falta de envolvimento pessoal no trabalho”, o cuidador começa a ter dificuldades de realizar suas funções pois não sente que se está se realizando no trabalho (CODO e VASQUES-MENEZES, 1999b p.238-239).

Teoriza-se que o cuidador em *burnout* desgasta-se, mas em viés de sua sobrevivência ou por alguma necessidade interna fica em processo de persistência e continua suas atividades profissionais com perdas de significado que afetam tanto a vida profissional como o pessoal, até o momento que não aguenta mais. Como cada um reagirá as perdas advindas do trabalho depende muito das condições individuais e dificilmente poder-se-ia dizer de defesas coletivas, no sentido proposto por Dejours (2005b), pois o cuidador rotineiramente trabalha em solilóquio. Mesmo que pudessem estabelecer certas defesas coletivas estas seriam situacionais, restritas à momentos de trabalho em conjunto entre os funcionários e também fugazes por serem muito específicas, pois muitas vezes não se enfrenta uma ameaça real coletivamente partilhada (Dejours, 2005b). Portanto, restam somente como forma de equilíbrio psíquico as defesas psíquicas que o próprio indivíduo detém, sejam elas de cunho predominantemente neuróticas, psicóticas, psicossomáticas ou perversas.

Os produtos ou resultados do trabalho que poderiam gerar para o cuidador um aporte imagético ou real, fornecendo reapropriações afetivas, muitas vezes não são claros, isso porque não há separação entre produção e consumo. Às vezes não há momentos em que o trabalhador consegue observar o fruto de seu esforço, pois é no seio e no desenvolvimento das tarefas de cuidar que o outro consome o que o cuidador produz e sendo assim pode-se inviabilizar o reconhecimento de um fruto do trabalho. E além dessas condições deve-se considerar a possibilidade de falha ou de dúvida sobre a eficiência de uma ou várias ações e de fácil exemplo pode-se citar um enfermeiro que trabalhe com pacientes acamados de quadro grave. De forma diferente ainda se encaixam na mesma

condição de incerteza o professor, a cuidadora de idosos, as mães, enfim os cuidadores de forma geral.

Portanto, pode-se afirmar que as cargas de responsabilidades inerentes a atividade de cuidar podem ainda serem razoavelmente grandes, a ponto de agregar mais elementos que facilitariam o estabelecimento do *burnout* (CODO e VASQUES-MENEZES, 1999b).

Arquiteta-se a hipótese que em via de encontro ao sofrimento e adoecimento pela dificuldade de reapropriação afetiva existe um movimento interno, caracterizado por fantasias que agem degradando a experiência do indivíduo para com o mundo, atribuindo valores negativos à coisas rotineiras e, em especial, as pessoas que compõe os entornos da atividade realizada. Complacente a este processo, os objetos bons, principalmente aqueles que ajudam a formular uma noção de identidade, estão sendo esvaziados do conteúdo amoroso e destituídos de seus valores, aumentando a instabilidade interna.

Portanto está a se caracterizar um processo de ruína egóica, perceptível pela debilidade e crescente inabilidade para lidar com as ansiedades sentidas que futuramente podem vir a causar não apenas a desistência, mas também um comprometimento da saúde mental – seja por transtornos afetivos ou por doenças psicossomáticas. O modelo teórico adotado para entendimento desta situação é o kleiniano, que visam compreender as relações objetais que o indivíduo estabelece e como mutuamente os objetos internos, a visão de mundo e ego se modificam.

A ideia de abarcar estas três instâncias inter cruzam as inúmeras variáveis que compuseram e expressaram o adoecimento, assim, busca-se uma abrangência que seja grande para atingir o objetivo de auxiliar a reconstruir a identidade em viés de alienação em complacência aos sentidos e significações produzidos na atividade profissional. Pressupõe-se a possibilidade de atuar clinicamente em psicologia voltada ao cuidador com a formulação teórica que o trabalho não é apenas uma atividade, mas ajuda a compor os chamados objetos internos que mantém relações diretas com a coesão egóica (KLEIN, 1991; SEAGAL, 1975).

Desta forma a Psicanálise e suas teorias podem contribuir ao entendimento da situação patogênica fornecendo material para a compreensão da psicodinâmica existente. Mas, um processo psicoterapêutico não se resume apenas a teoria, pois há também um manejo técnico que será apresentado nas duas próximas subseções que se seguem.

Psicanálise, processos simbólicos e a Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica

A Psicoterapia breve de orientação Psicanalítica sistematizada por Braier (1991) traduz a possibilidade do exercício da teoria psicanalítica e sua fecundidade em um *setting* diferenciado, não aquele *setting* definido como clássico, onde, o paciente frequenta o tratamento cinco vezes por semana durante uma soma considerável de tempo. Objetiva-se que tal forma de tratamento atinja as metas de recuperação da autoestima, aquisição de consciência sobre a enfermidade e estimulação das funções autônomas e para esta finalidade Braier (1991) propõe um construto teórico diferenciado daquilo proposto por Freud.

A proposição de criar um método terapêutico mais rápido não provém de Braier e nem fora este autor o primeiro sugerir algo do gênero. Autores como Ferenzci, Jung e outros já haviam sugerido mudanças no processo de um tratamento por intermédio da Psicanálise. O próprio Freud, em 1914 havia tentando uma tentativa de encurtar o tratamento no caso chamado de “homem dos lobos”.

Braier (1991) aponta que Freud em 1918, em uma conferência em Budapeste, se preocupava que a Psicanálise ficasse restrita as elites e já sugerido a necessidade de universalizar-la, mesmo que para isto algumas coisas deveriam ser mudadas em relação à técnica e ao enquadre:

“Quisera examinar com os senhores uma situação que pertence ao futuro e que talvez lhes pareça fantástica. Mas, a meu ver, merece que acostumemos a ela nosso pensamento. Sabem muito bem que nossa ação terapêutica é bastante restrita. Somos poucos, e cada um de nós não pode tratar mais do que um número limitado de doentes por ano, por mais alta que seja nossa capacidade de trabalho. Frente à magnitude da miséria neurótica que padece o mundo e de que quiçá pudesse não padecer, nosso rendimento terapêutico é quantitativamente insignificante. Além disso, nossas condições de existência humana limitam nossa ação às classes abastadas da sociedade’ [...] Assinala logo a seguir a necessidade de se modificar, nessas circunstâncias, a técnica psicanalítica, o que me parece da maior importância, pois hoje em dia muitos analistas resistem a fazê-lo, mostrando-se ‘mais realistas que o rei. Caberá a nós, então, o trabalho de adaptar nossa técnica às novas condições [...] Na aplicação popular de nossos métodos talvez tenhamos de misturar ao ouro puro da análise o cobre da sugestão direta” (BRAIER, 1991 p.14-15).

Para Braier (1991) ao decorrer de sua obra não somente concorda com estas colocações, bem como desenvolve posicionamentos teóricos que permite enquadrar e ajudar com psicoterapia novas classes de padecimentos mentais que tem sido verificadas pela humanidade.

Assim, Braier (1991) conseguiu por intermédio de suas pesquisas assimilar e integrar diversos saberes e fazeres de psicoterapia e Psicanálise para formular um construto teórico que permite o manejo clínico de pacientes que não conseguiriam ter acesso à uma “análise” por motivos financeiros, falta de tempo suficiente para dispor ou condições psíquicas não ideais para tal finalidade.

A construção de Braier (1991) se encaixa e assemelha com as de Bleichmar (1996) e Hermann (2001) no sentido que a Psicanálise deve atualizar-se ou então adaptar-se, não se reduzir as formas clássicas e muitas vezes estereotipadas. Estes autores afirmam que é necessário retirar a ênfase do compromisso para com uma corrente psicanalítica e deposita-la no paciente criando assim aberturas inclusivas à medida que se propõe arranjos no método clássico. Por aberturas inclusivas, é possível abordar a possibilidade de trabalho clínico com diversas psicopatologias, e não somente com as “neuroses de transferência” (FREUD, 2006b).

Freud se questionava sobre a eficiência da Psicanálise e fora nos campos da psicose que o trabalho se tornou incerto e infecundo, pois segundo ele, faltava de um elemento essencial, não havia transferência. Portanto Freud percebeu a limitação do método Psicanalítico para o trabalho com psicóticos ou esquizofrênicos, já que não era possível interpretar a resistência e assim aproximar-se do recalcado. Em outras palavras, não era

possível analisar um psicótico e foi necessário algum tempo até que Melanie Klein e outros obtivessem êxito em tal tarefa.

A psicose é um exemplo que a forma de fazer Psicanálise não deve apenas modificar-se pela necessidade de aumentar o número de pessoas que um terapeuta pode restabelecer, conforme demarcado logo acima na citação de Braier (1991), mas também pela necessidade de atender as novas demandas que surgem cotidianamente ao que concerne sobre o adoecimento psíquico. O adoecimento acompanha a evolução cultural e técnica (PEREZ, 2012), e Freud fora um pensador da cultura, pois a neurose daqueles tempos transcrevia os conflitos do indivíduo com uma sociedade repressiva.

Então se a neurose é o padecimento da época de Freud, qual é o padecimento da atualidade? Para Dosso (2010, apud DELOUYA, 2002 p.13) as neuroses não estão significativas como nos tempos de Freud, hoje a depressão é a expressão do adoecimento e da forma encontrada para lidar as exigências contemporâneas, é a doença da ignorância do psíquico em prol do progresso tecnológico. Chemana (2007 apud DOSSO, 2010) ainda pontua que a partir de 1970 a depressão se tornou a perturbação mental mais frequente no mundo.

As neuroses ainda são importantes, não só pelo lado histórico da Psicanálise, mas também porque os neuróticos também sofrem, mas não se configuram como único campo de atuação da Psicanálise. No mesmo artigo Dosso (2010) expõe elementos de sua pesquisa bibliográfica sobre a depressão e torna-se claro ao leitor que a depressão não é uma afecção que atinge um indivíduo de forma sorrateira e não é um diagnóstico exclusivo, a depressão pode partilhar de uma série de sintomas que etiológicamente podem estar ligadas a diversas condições, sejam as das neuroses, psicoses ou perversões. Ademais, a depressão pode simplesmente manifestar uma grande insatisfação com a própria estrutura psicopatológica que não está conseguindo fornecer um *quantum* de satisfação (DOSSO, 2010).

No artigo supracitado Dosso (2010) elabora uma linha de pensamento que abre espaço para a compreensão da obesidade como sintoma para a depressão na contemporaneidade. É construído que a depressão pode ser compreendida como uma defesa ao estado originário de desamparo, é um temer que está enlaçado à sobrevivência e preservação de uma vida psíquica por intermédio da negação e redução à níveis mínimos dos investimentos afetivos que fomentam uma vida psíquica.

A condição de ignorância do psíquico ou impossibilidade de vivenciar a ansiedade como fenômeno interno se configura como importante e geral nas condições atuais da atividade clínica e tem tomado diversas formas. Outros autores tem se implicado nisto através nas doenças Psicossomáticas e estabelecem condições psíquicas similares para o aparecimento de tais, como exemplo, citam-se: Ávila (1998), Elael (2008) e Fonseca (2007).

Em campos como o da depressão e da psicossomática é necessária uma desconstrução do compromisso rígido de uma forma de fazer Psicanálise, o enquadre e o papel do terapeuta deve ser modificado a forma que permitam o enlace de uma relação menos persecutória. As interpretações do material inconsciente devem ceder maior espaço para intervenções que permitam uma organização do ego e incremento da capacidade de autonomia. Deve

ser necessário considerar variações da postura terapêutica, sendo hora mais ativo e em outros momentos mais passivo.

A postura adotada serve a finalidade de atingir um enquadre clínico diferenciado voltando ao alcance de uma “neogênese” no paciente, ou melhor, explanado: construir novas formações na tópica do paciente que aumentam as possibilidades de simbolização e assim aumentado o intercâmbio representacional entre as instâncias psíquicas (BLEICHMMAR, 1996).

É necessário, segundo Bleichmmar (1996) diferenciar aquilo que é analisável o que permitiria o de uma Psicanálise mais clássica e aquilo que não é. Para tal finalidade a autora narra as seguintes pré-condições para o estabelecimento de um processo analítico, a saber: “1) inconsciente constituído e, a partir disso, conflito intrasubjetivo, ou seja, conflito intrasistêmico; 2) sujeito capaz de posicionar-se parente o inconsciente; 3) recalque ou defesa” (BLEICHMMAR, 1996 p.31).

Nem todos poderão se enquadrar nas condições supracitadas, mas isto não significa que os não analisáveis não serão dignos de intervenção ou do estabelecimento de um processo terapêutico. Em outras palavras, nem sempre na atividade clínica está se lidando com os efeitos do recalque e o trabalho desempenhado pelo terapeuta nem sempre é de desvelamento do Inconsciente por intermédio de interpretações. Estes apontamentos da autora embasam não só uma nova forma de fazer Psicanálise, mas também critica as formas estereotipadas de se fazer Psicanálise, pois segundo ela, o campo analítico ou de psicoterapia deve ser fecundo, produzir novos significados ao resgatar a história de vida do indivíduo em sofrimento (BLEICHMMAR, 1996).

É por mediação das condições supracitadas que é aderido uma magnitude maior do que a do recalque na origem dos sintomas. É enfática, ao pontuar a necessidade de compreender melhor quem é o paciente e quais vivências foi exposto; se torna uma meta compreender a construção singular do indivíduo e de seu adoecimento a partir da disposição para com o outro, o externo, compreendendo que tipos de fantasias estão em vigência para ajudar o paciente a metabolizar essas pressões que sente, especialmente aquelas que levam ou sustentam uma desestruturação de um ego clivado (BLEICHAMMAR, 1996).

A proposição de resgatar a história de vida e procurar entender as marcas deixadas por outros em um sistema psíquico criam possibilidades de abarcar o indivíduo e suas determinações, sobretudo naquelas que detenham influências desorganizadoras sobre o indivíduo e é justamente neste ponto que o trabalho, o cuidar do outro, assim como explanado anteriormente, pode fomentar uma perda simbólica e um adoecimento psíquico. Conforme dito, não há como mediar a afetividade, mas há possibilidades de resgatar a identidade em corrosão do paciente através da ressignificação dos conteúdos internos na contradição/contraposição do atual e da história de vida, ajudando a construir ou reeditando as relações simbólicas internas intimamente ligadas aos processos compulsivos que formulam o adoecimento psicológico.

A proposição, portanto, é a de encarar os sintomas, sejam eles psicossomáticos, depressivos ou neuróticos como impasses aos processos simbólicos, seja por existência de recalque, repressão ou denegação mediante um trabalho clínico que visa resgatar a constituição singular que se encontra em processo de ressignificação na atividade de trabalhar. Está a se falar de uma transposição dos conteúdos afetivos e subjetivos para as

relações e vivências dentro do trabalho; uma reprodução de si-mesmo, incluindo os medos e ansiedades na situação objetiva imbricando o chamado conflito atual que produz sofrimento psíquico em relação ao ofício.

Objetivando o restabelecimento com ajuda destes construtos teóricos foi possível edificar um processo psicoterapêutico breve de orientação psicanalítica, onde a transversalidade e a dialética do trabalho, vida íntima, e objetos internos (KLEIN, 1991) foram abordados em uma cuidadora do lar e da família em *burnout*.

Na próxima subseção serão expostos os aportes teóricos dos processos terapêuticos necessários a Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica e nos resultados e discussão serão apresentadas as consequências e derivações dos construtos propostos na atividade clínica voltada para o atendimento da cuidadora.

A Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica

Antes do início do tratamento é necessário que o paciente seja avaliado com a finalidade de definir quais modalidades de tratamento são mais viáveis ao paciente. Assim, inicia-se o trabalho de avaliação ao agregar as problemáticas surgidas durante os atendimentos iniciais. Já nos primeiros contatos com o paciente é formulada uma “hipótese psicodinâmica inicial” (BRAIER, 1991 p.47) e esta serve de ferramenta de navegação para o início da construção do processo terapêutico (BRAIER, 1991).

O processo de avaliação é encerrado quando o terapeuta obtém informações necessárias para a compreensão e fundamentação da escolha da modalidade de tratamento que melhor se adapte ao paciente. Isso envolve conhecer a psicodinâmica do paciente e os conflitos que formulam o sofrimento psíquico. Como destaca Braier (1991)

“Em P.B. coloca-se a necessidade de obter de antemão, um conhecimento amplo e profundo acerca do paciente, que facilite a formulação da hipótese diagnóstica inicial e consequentemente nossa tarefa terapêutica, com a base num plano de trabalho determinado, pelo menos em seus traços principais. Sobretudo se a terapia é de duração limitada, não haverá tempo para esperar a emergência de certos conteúdos, como num tratamento analítico” (BRAIER, 1991 p.64).

O parecer positivo à psicoterapia breve de orientação psicanalítica acontecerá se, por intermédio destes processos, for possível verificar que o adoecimento psíquico do paciente não seja de caráter crônico; que o paciente esteja na faixa etária compreendida como “adulto”; e que se encontre motivado à renunciar os sintomas como forma de ganhos (BRAIER, 1991).

O requisito dos sintomas não serem crônicos serve de finalidade de melhor enquadrar, já que em casos crônicos os sintomas podem ser estruturais, ou por demais necessários, e sem tais o paciente poderia vir a se desorganizar, formulando um impasse, pois conforme já afirmado, há uma limitação de objetivos e de tempo e a possibilidade de lidar com tais situação seria muito reduzida. Então se trabalha com o paradigma da dinâmica dos conflitos atuais, entendido como os conflitos com as pessoas e vivências atuais do

paciente em detrimento de buscar componentes na vida infantil ou de longa data (BRAIER, 1991).

A possibilidade de abarcar o atual é abrangente, pois abre espaço para entender o trabalho e as relações que sustentariam a identidade. Embora não se enquadre diretamente na proposição de Freud de desvelar o inconsciente, Braier (1991) afirma que os conflitos atuais são relacionados aos infantis e muitas vezes o próprio paciente percebe ou traz tal associação, porém não se busca abarcar tais fenômenos, pois assim estaria abrindo possibilidades ao fenômeno da neurose de transferência e da regressão que são coisas que dificilmente seriam lidáveis em um processo que tenha limitação temporal.

O autor representa os conflitos atuais, metaforicamente, como cone invertido: na base, parte superior desta figura geométrica sólida, está localizado o conteúdo manifesto dos conflitos atuais, acessíveis à consciência e passíveis de reconhecimento; o domínio da consciência vai lentamente abrandando conforme o cone começa a afunilar até que em um dado momento converge-se a algo inconsciente (BRAIER, 1991). Este panorama teórico é compatível as ideias freudianas sobre a formulação dos sintomas que acontecem por associação de elementos que se unem pela semelhança e passam pela guarnição presente entre a inconsciência e consciência porque carregaram modificações da coisa reprimida e se tornam irreconhecíveis à tal barreira e com muito mais componentes do que detinha inicialmente.

Considerando estes argumentos, aquilo que é obtido vai sendo enquadrado em um plano de trabalho, um planejamento, que unirá os elementos da situação problema e o conflito atual que culminará em um foco. É então, também, a partir do estabelecimento do foco que o processo de avaliação abre espaço para o processo psicoterapêutico e é por intermédio do foco que o paciente será abordado, pois serão fixadas regras e o paciente será avisado qual é o foco da psicoterapia, possibilitando assim a formação de uma aliança terapêutica (BRAIER, 1991).

O processo segue de uma forma diferenciada daquilo proposto pela Psicanálise e a psicoterapia procura evitar todos os caminhos que possam vir a desaguar em uma regressão intensa. Isto requer algumas modificações na conduta terapêutica, a saber, são: evitar o estabelecimento da chamada neurose de transferência e que o terapeuta desvie as possíveis transferências às figuras atuais e não as figuras de um passado longínquo; que tenha uma postura de mais atividade, evitando silêncios prolongados; que seja cuidadoso e criterioso na hora de dismantelar os mecanismos defensivos para que não seja mobilizado regressões duradouras; que mesmo que possível, não interprete as resistências inconscientes e o conteúdo infantil; que não leve o *insight* e o trabalho de elaboração às últimas consequências, pois busca-se o estabelecimento de núcleos de *insight* que serão principalmente serão ativados pelo paciente em um período pós-psicoterapia (BRAIER, 1991).

Tais requisitos são necessários, pois almeja-se o reestabelecimento do paciente e o incremento das funções autônomas. Outra meta para um processo psicoterapêutico como este é que o paciente compreenda seu adoecimento e até mesmo a própria psicodinâmica, mesmo que de forma breve. Deve-se buscar que este obtenha experiências iniciais de *insights*.

As formas de alcançar os objetivos terapêuticos também são diferentes da Psicanálise, embora se tenha também o *insight* e o trabalho de elaboração como processos muito importantes. Enquanto que na Psicanálise a condição de não-limite de tempo e consequentemente a possibilidade do estabelecimento da neurose de transferência permite que o trabalho elaborativo seja efetuado até os últimos *insight* e até as últimas possibilidades de re-investimento libidinal, a psicoterapia breve opta por atuar de uma forma à ativar diversos núcleos de *insight* sem aprofundar-se nestes e encorajar o paciente a tomar ações elaborativas (BRAIER, 1991):

“Mas a diferença entre o *insight* psicanalítico, que é mais pleno e vivido, em suma, dotado de uma maior e as vezes diferente repercussão emocional, e o *insight* do tratamento breve tem de ser, nesse sentido, um fenômeno na medida do possível mais controlado pela atividade terapêutica, em especial se explora circunstancialmente aspectos da transferência com o terapeuta correspondentes ao infantil-genético. (Será menos necessário controlá-lo se atender aos componentes mais atuais da transferência com o terapeuta ou com outros objetos da realidade externa do paciente.)” (BRAIER, 1991, p.30).

O encerramento de uma psicoterapia é também um processo muito importante e logo no início do processo o paciente é avisado de antemão, pois lhe é passado uma data e um número de sessões que ocorrerão até esta data. Mediante a isto existem encerramentos que se dão por motivos de ter concluído os objetivos propostos coincidentemente com o tempo previsto ou aqueles que podem se efetuar antes do tempo previsto. Por outro lado existem aqueles que não se efeturam no tempo previsto e para estes existe a possibilidade de prolongamento do atendimento, desde que o terapeuta avalie a situação e conclua que o prolongamento não seja fruto da resistência do paciente ou do próprio terapeuta (BRAIER, 1991).

Após a exposição acima sobre os principais princípios de uma Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica segue-se a intervenção apresentada neste artigo, em sua riqueza de detalhes e processos marcantes em uma psicoterapia dirigida a uma cuidadora.

OBJETIVO

Apresentar os processos que constituíram e foram significantes em uma Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica dirigida a uma cuidadora.

METODOLOGIA

Este trabalho compreende um relato de experiência profissional produzido a partir de um atendimento a uma cliente, encaminhada por um serviço médico ao Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NAST). Neste encaminhamento era descrita a ansiedade relativa ao abandono do hábito de fumar e também havia um apontamento para a possibilidade de adoecimento cutâneo de etiologia psicossomática. Após o contato e início da avaliação as hipóteses psicodinâmicas sugeriam o desarranjo entre o trabalho e a subjetividade como elementos inerentes ao sofrimento. Por esta particularidade ligada a expressão do sofrimento psíquico, julgou-se pertinente organizar um estudo de caso que se pautou nos dados colhidos ao decorrer dos atendimentos psicoterápicos.

A partir da abordagem das vivências objetivas e subjetivas da paciente em relação ao trabalho, rompeu-se com a tendência mais frequente na Psicologia do Trabalho, que seria a de fornecer *'feed'* às demandas da organização produtiva (BENDASSOLLI, 2011).

Ao decorrer da intervenção psicoterapêutica, paciente e terapeuta se depararam com o sofrimento (desprazer) e o prazer, ambos formando novelos e formalizando um adoecimento que inicialmente era enigmático a ambos. Ao longo do processo de ação, o trabalho e sofrimento psíquico começaram a delimitar a existência das linhas sinuosas referentes perdas de significação e dificuldade de reapropriação afetiva.

Assim o processo e seus entremeios se configuraram como uma pesquisa prática, em campo, pois o pesquisador atua conjuntamente com o objeto de estudo. Desta forma, esta pesquisa também se configurou como um trabalho científico original, que propiciou descrever as teorias e correlações teóricas que embasaram a experiência prática em saúde do trabalhador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os processos adotados para a avaliação e intervenção do caso narrado. Preservou-se a identidade da paciente e não foi escolhido nenhum nome fictício. O trabalho que segue está seccionado em: História de Vida; Avaliação; Planejamento; Evolução do Caso e Discussão.

História de vida

Quando iniciou o tratamento tinha como ocupação cuidar do lar. Queixava-se que havia dedicado a vida aos outros e agora se encontrava sem nada. Também narrava o cotidiano como algo desprovido de qualificações positivas e dizia estar preocupada consigo própria e com o marido.

A paciente buscou atenção psicoterápica por intermédio de um encaminhamento médico. Esta indicação foi realizada em virtude da condição psicossomática que a paciente estava sofrendo. Para a paciente o que motivou a erupção da *psoríase* no calcanhar e outros maus estares era ter decidido parar de fumar. Relatava que ficou empolgada com um programa de televisão que passava de domingo e acompanhava os fumantes durante a “desintoxicação”. Realizou o tratamento proposto por tal *show* e dizia não ter se arrependido muito embora sentisse falta do “amigo” (*sic*) que o cigarro era. Sentia não deter um amigo ou alguém próximo que poderia confiar.

Quando iniciou o tratamento estava enfrentando uma crise em seu casamento, pois faziam alguns anos que não tinha mais nenhum contato afetivo e não confiava em seu marido. A paciente acreditava que a única forma possível de resolução era a separação, mas dizia que se isto viesse a acontecer ela não teria condições de se sustentar, pois não poderia exercer nenhuma atividade remunerada nas condições em que a *psoríase* nos pés se encontrava. Esta não era a primeira vez que havia sofrido *psoríase* nos calcanhares. Narrou que há 16 anos atrás havia tido a primeira crise que veio acompanhada de “depressão” (*sic*). Naqueles tempos sentiu-se ameaçada, pois suspeitava que seu marido

estava envolvido com outra mulher e suas suspeitas só eram aumentadas pelas atitudes estranhas do marido.

Dizia que desde este dia a vida nunca mais foi a mesma. Continuou casada e se dedicando ao marido e as filhas. A “depressão” (*sic*) e a *psoríase* oscilavam e durante este tempo (16 anos) houveram momentos que nenhuma das duas se faziam presentes. Além da *psoríase*, sofria de inibições generalizadas. Não conseguia desempenhar atividades que fugisse da rotina e vivenciava constantemente uma série de pensamentos relacionados a morte ou acidentes, especialmente quando se via forçada a fazer algo diferente ou algo fora do âmbito do lar. Relatou que estes sintomas eram recentes.

É útil ressaltar as ocupações e qualificações profissionais da trabalhadora: começou aos treze anos de idade exercer pequenas atividades renumeradas até conseguir seu primeiro emprego com carteira assinada. Foi crescendo profissionalmente, chegando a trabalhar em um banco privado e cursar o antigo ciclo de magistério. Em acordo com o marido, abriu mão de sua carreira como funcionária de banco para dedicar cuidados a primeira filha, que nasceu numa data próxima ao dia de seu casamento. Em seguida nasceram as outras filhas. Após esta escolha, ainda trabalhou com o marido em cargo administrativo em uma empresa midiática, mas interrompeu as atividades assim que se iniciou a primeira crise de *psoríase*. Os conflitos com o cônjuge pareciam refletir em suas atividades profissionais, reafirmando os intercâmbios entre personalidade, vida íntima e trabalho.

Após este adoecimento passou a exercer exclusivamente a atividade de cuidar do lar, sem receber remuneração ou qualquer outro direito trabalhista. A saída das filhas do espaço doméstico iniciou um ciclo de ambiguidade, onde a tristeza pelo distanciamento familiar e a materialização dos esforços para a formação das filhas se chocavam. Queixava-se da dificuldade de exercer as funções rotineiras do seu trabalho e comenta que não está mais trabalhando como era de seu costume, tendo dificuldades para cumprir até mesmo as preposições mais básicas.

Atualmente tem revezado com os familiares que não vivem consigo a obrigação de cuidar de duas pessoas idosas, a própria mãe e a sogra. Ambas padecem de diferentes doenças degenerativas com sérios agravantes, sendo dependentes dos familiares para o exercício das condições mais elementares para subsistência. Desta forma, esta trabalhadora se inscrevia em linhas sinuosas, já que sente que seus esforços foram consumidos e não existiram reapropriações narcísicas em relação ao trabalho que desempenhou. Sentia-se desvalorizada e ameaçada pela dependência do marido no âmbito econômico e por não ter conquistado algo que julgava significativo em sua vida.

Sobre a avaliação do caso e o prognóstico

Utilizou-se de entrevistas clínicas não dirigidas buscando conhecer os determinantes presentes na situação da paciente, para criar um espaço onde a vida íntima, escolha do trabalho doméstico voltado ao cuidar do marido e das filhas em detrimento à carreira profissional e manifestações de agravo à saúde mental pudessem convergir. Estas entrevistas tinham a finalidade de delimitar os conflitos atuais e formular uma hipótese psicodinâmica inicial sobre os padecimentos da paciente. A análise dos elementos obtidos possibilitaram a delimitação de uma hipótese diagnóstica em, a saber, seis entrevistas de cinquenta minutos cada, de frequência semanal, para a conclusão da avaliação. A apresentação da avaliação diagnóstica se encontra dividida em três partes, a saber: a)

Diagnóstico nosográfico-dinâmico; b) Avaliação do grau de motivação para o tratamento e das atitudes para insight; c) Determinação do foco.

a) Diagnóstico nosográfico-dinâmico

O diagnóstico da enfermidade atual da paciente envolverá diversos aspectos que envolvem a doença e as condições do funcionamento psíquico. Seguem abaixo divididos em subtópicos todas as áreas julgadas necessárias por Braier (1991) nesta parte da avaliação diagnóstica.

Condições egóicas básicas

Notou-se na primeira entrevista que a paciente esquecera por diversas vezes o nome do psicólogo responsável; repetia elementos do dia-a-dia, tais como aqueles relativos a limpeza e manutenção doméstica sem acrescentar dados e ao final do discurso percebia a repetição e em seguida pedia desculpas pelo seu lapso; queixou-se de estar sempre perdendo coisas por se esquecer onde havia deixado. A paciente sugeria que “esquecer” e “repetir”, fossem elementos inerentes ao sofrimento psíquico, portanto se tornou possível devolver o significado do esquecimento restrito a apercepção de situações críticas, tal como, a monotonia e repetitividade de seu cotidiano. Considerando esta condição, não é desprovido de valor afirmar que: “ao lado dos sintomas principais que dão colorido aos quadros clínicos neuróticos, os enfermos sempre se queixam de ‘fraqueza’ da memória, que dificulta a fixação e a evocação das lembranças [...]” (PAIN, 1993, p.159).

O esquecimento relativo ao cotidiano não se estendia ao passado, em especial aos acontecimentos significativos, que se apresentavam muito organizados e eram relatados com ênfase nos detalhes. Tal contraposição sugeria que o passado, em especial, ocupava parte considerável do cotidiano, das vivências atuais, devido ao tônus afetivo exacerbado e possivelmente por aspectos conflituosos presentes.

Em via de encontro e confirmação à sugestão aos conflitos do passado e os embate desses com o presente, anunciados no parágrafo anterior, percebeu-se que a paciente manifestava um fenômeno que ocorria de seguinte maneira: a paciente rompia por instantes qualquer relação com o mundo externo ficando imóvel com um olhar distante, voltado para a parede que havia atrás do psicólogo. A própria paciente chegou a mencionar a ocorrência desse fenômeno e atribuiu um significado particular, lhe parecia que tudo que detinha dentro de si (dentro de sua psique) estava a aflorar e não conseguia distinguir um assunto para tratar. Tal fenômeno foi encarado como aquele mencionado por Freud (2006a) e nomeado pelo mesmo de *absence* que é entendido como um deslocamento da consciência para dentro de si, fazendo o indivíduo focar-se em algumas cadeias representacionais interna de caráter conflitivo. Este fenômeno é entendido pelo autor como um movimento defensivo de uma neurose histérica, pois obedece a seguinte lógica do investimento duplo e conflituoso em um mesmo órgão que serve para produzir diversos derivados psíquicos (sejam eles dor, angústia ou confusão) que deslocam a atenção da consciência que estaria a se voltar para representação reprimida. (FREUD, 2006c; FREUD, 2006d)

A temática da *absence* afeta o fluxo consciente e por consequência o pensamento e os processos racionais. Isto porque como explicado, surgem elementos, ideias ou imagens que inter cruzam a consciência na finalidade de defesa e desviam o conflito emergente.

Esta condição foi ligada ao passado hiper-catequizado e por intermédio dessa ponte a paciente pode reproduzir a própria história de vida permeada pelo trabalho e as constantes desvalorizações do ofício que escolheu no intuito de melhor dedicar-se a sua família.

A paciente não desviava a atenção para objetos presentes na sala de atendimento ou para os ruídos musicais advindos do corredor contíguo (utilizados para distorcer qualquer fala que pudesse vazar das salas de atendimento), não se encontrava dispersa ou desatenta e demonstrava estar focada nos assuntos tratados. Importante destacar que a não atenção aos estímulos externos sugerem níveis reduzidos de elementos paranoides.

Também foi muito notório um sentimento de insuficiência caracterizado pela impossibilidade sentida ao realizar ou se projetar em atividades, o que sugere a presença de vivências depressivas. Considerou-se, mesmo com o notável comprometimento das condições egóicas básicas, certa neuroticidade ao quadro da paciente, pois mesmo que repetitivo o seu discurso é dotado de uma afetividade não artificial (Bion, 1991) e o recalque e a repressão se configuram como elementos marcantes no caso. Isto reafirma a ideia freudiana e serve como elemento de diferenciação entre a neurose e a psicose, conforme a citação a seguir:

“Freud transcreveu um dos aspectos que distinguem as neuroses das psicoses: ‘Nas primeiras, o ego, em virtude de seu compromisso com a realidade, suprime uma parte do id (a vida da pulsão), quanto que nas psicoses o mesmo ego, a serviço do id, retira-se de uma parte da realidade’” (FREUD, 1924 *apud* BION, 1991 p.71).

Porém não se percebeu nenhum *déficit* cognitivo, pois, a paciente conseguia se reorganizar sem experienciar eventos de dissociação quando algum acontecimento interrompia seus planos ou quando o terapeuta realizava alguma intervenção que contrariasse seus exacerbados princípios religiosos.

Relações Objetais

Das relações objetais atuais, a que apresentou maior relevância no discurso da paciente é a figura ambígua do marido. Nomeado como o ‘gênio’ e o ‘besta’ (*sic*). Tornava-se nítida a figuração de extremos na apresentação do marido: o gênio que encanta e o besta que é facilmente enganado.

A ambiguidade emocional, conforme averiguado neste caso inscreve-se como pertencente as ansiedades esquizo-paranóides mas em tentativa de integração. Isto acabava por implicar em uma relação idealizada com a figura do marido, do tipo não protetiva, mas sim destrutiva. Ao mesmo, manifestava uma dependência afetiva que estava aquém de sua dependência financeira: detinha uma postura de não-questionamento e passividade perante as situações conflituosas com o marido e o necessitava, quando em seu escopo experiencial surgia alguma incumbência externa que a colocasse em situação de escolha que pudesse alterar as cargas emocionais ou de trabalho em qualquer pessoa do círculo próximo. Era constante a demanda inconsciente inscrita na relação dela com o marido: ele deveria ajuda-la quando algo lhe causasse sofrimento; ele deveria ocupar o lugar de seus pés danificados; ele deveria ocupar o lugar de sua cabeça confusa e tomar todas as decisões.

Ao decorrer das entrevistas pode-se perceber que internamente a relação conjugal mesclava uma série de sentimentos e a condição do espaço físico ser o mesmo para a vida íntima e de trabalho dificultava o estabelecimento do mecanismo defensivo de “isolamento”. Assim sua atividade profissional era permeada por autoquestionamentos sobre sua eficácia, eficiência e valor social. Frequentemente estes tornavam-se autoagressivos e serviam, conjuntamente com o adoecimento, para garantir a si-mesma quão dispensável era.

Foi averiguado que relacionar-se com as pessoas próximas não era algo fácil a paciente, ela havia se fechado a esta possibilidade e só mantinha contato com a família e, ainda assim, um contato fragmentado. Com certa frequência seus relacionamentos afetivos eram permeados por grande descontentamento e ela dizia se sentir muito fragilizada. Pelas conjecturas, pode-se classificar a queixa da paciente como similar com a tensão do cuidador mediante o conflito entre vincular-se e não se vincular, pois também temia as repercussões de ambas as escolhas e afirmava ter havia escolhido não dedicar diretamente nenhum afeto a ele, embora realizasse pequenas ações que atestavam a dificuldade de manter-se operante da forma proposta.

A nível de hipótese psicodinâmica inicial teorizou-se o que a paciente mantinha com o marido. Elementos coletados sugeriam que o objeto interno marido estava impregnado pelos objetos bizarros (SEAGAL, 1975) por decorrência das idas e vindas, dos ataques sádico efetuados e daqueles que recebia como tais. Em consequência pode-se aferir que a cisão era um mecanismo muito importante na condição da paciente e derivações secundárias aos fenômenos narrados se mostravam importantes, pois através dessa psicodinâmica foi possível perceber que a dificuldade de estabelecer novos vínculos eram justificáveis a tais condições. Portanto é edificada a hipótese da queda do simbolismo psíquico, resultando em equalização da realidade interna com a externa e impossibilidade de reparação objetal (SEAGAL, 1975).

Foi em viés de avaliar os relacionamentos objetais que foram notadas as características de exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento pessoal no trabalho e estas proporcionaram arquitetar a tese de síndrome de *burnout*, pois o esgotamento notável advinha não apenas da condição de ter trabalhado há mais de 16 anos de forma monótona, mas sim por ter trabalhado em prol de um lar, ter cuidado de todos sempre que necessário e não se sentir reconhecida pelos mais próximos, especialmente pelo marido. Verificou-se que o objeto interno marido compartilhava características em comum com as significações da paciente sobre seu trabalho.

Também foram percebidos outros elementos que concomitantemente ajudaram no estabelecimento e agravavam a destituição de significado na vida da paciente e aumentavam o caráter empobrecedor do trabalho, como por exemplo: trabalhava em solidão e assim era impossibilitada de qualquer contato ou referência de atuação durante seu trabalho e impossibilitando a construção de defesas coletivas. Sentia que algumas coisas que fazia eram de excelente qualidade e queria ser reconhecida, mas dificilmente era, e em oposição sentia-se criticada quando alguém apontava algum defeito em seu trabalho; colocava os familiares como prioridade em detrimento de si-mesma; vivenciava com frequência hostilidade nas relações estabelecidas.

A paciente já havia desistido e não mais escolhia nada para si, tanto é que aceitava as solicitações dos demais familiares sem questionar e não mais sentia prazer em suas

atividades. Percebeu-se que detinha certo rancor, embora se submetesse a demanda deles. Dizia se sentir muito prejudicada em relação aos nuances familiares que advinham do cuidar da mãe, pois era frequentemente solicitada em dias fora do combinado, especialmente nos finais de semana.

Apenas na relação com as filhas a paciente podia experimentar certo prazer e gratidão, era muito presente e cooperativa com estas. Muitas vezes se colocava em posição de amiga que necessita de ajuda ao expor as filhas seus temores e incerteza em relação ao marido. Alternava com estas uma posição de maturidade e imaturidade e o vínculo afetivo com elas não apresentava indícios de rivalidade.

Controle de Impulsos

As condições construídas teoricamente até o momento não são pendem ao *acting-out*, ao contrário, verifica-se um demasiado controle de impulsos em decorrência de diversas inibições que mantinham a paciente em uma situação de menor risco sobre qualquer eventualidade do mundo interno e externo (Freud, 2006c). Os desejos libidinais estavam reduzidos ao mínimo necessário para subsistência e tinha dificuldade de sublimar os desejos mais conflituosos (e seus derivados), recorrendo a tentativas onipotentes e maníacas de negar e denegá-los. O controle onipotente das pulsões e desejos reafirmavam e mantinha a atividade simbólica inibida, aumentando as possibilidades para a disposição da psicossomatização estabelecida.

Com frequência o trabalho se torna um fator de saúde, porém para este caso isto não se configura como possível, já que o trabalho ajuda a reproduzir os processos de desvalorização e de alienação psíquica que a paciente vivenciava. Em fato, a atividade de cuidar estava a aumentar as dificuldades de metabolizar as pressões psíquicas já existentes, isso porque o exercício da atividade também reproduzia as dificuldades que estava a ter com o marido e eram mobilizados mecanismos do tipo esquizoides para defesa.

Tolerância à ansiedade

A economia libidinal da paciente se encontraria quase bloqueada, pois obtinha alguma satisfação na relação estabelecida com as filhas. A paciente era tolerante a ansiedade e frustração e com frequência se definia como aquela que lidava com os imprevistos, já que mesmo contra vontade estava sempre pronta a ajudar seus familiares. A condição neurótica pré-existente ao primeiro adoecimento atestava que a paciente tinha uma tolerância a frustração considerada ideal a proposição terapêutica. Um fator considerável que ajudava na condição da paciente eram os ganhos secundários que reafirmavam e consolidavam sua condição de adoecimento.

Mecanismos defensivos

A cisão era um mecanismo utilizado maciçamente pela paciente na finalidade de proteger a figura do marido. Em troca o representava com duas facetas contraditórias. A negação era utilizada para acobertar os sentimentos odiosos que detinha em relação aos que lhe frustravam, mas a excisão (*split-out*), a identificação projetiva colocavam próximo de si o afeto que negava, alimentando uma experiência negativa para com a realidade externa. Estas contingências defensivas descrevem o processo de estagnação simbólica, pois não

há criação ou re-significação apenas reprodução e equalização entre o intrapsíquico e o mundo externo (KLEIN, 1996; SEGAL, 1975).

Também foram constatados a presença de mecanismos neuróticos, tais como: repressão, racionalização, a dissociação percebida nas *absence*, a atuação como forma de obter ganhos secundários.

Regulação da Autoestima

Esta temática criou possibilidade de abarcar o caso de uma forma mais abrangente, pois foi possível aproximar o sintoma psicossomático, aparentemente isolado e desprovido de qualquer sentido com a esfera pessoal e ocupacional. Tal aproximação é válida, pois a definição de autoestima é encontrada no valor que uma pessoa acredita possuir (mediante suas crenças e opiniões). E o trabalho é algo que impacta nas noções de valor, não só pelo dinheiro que pode produzir, mas também por cumprir ou descumprir as exigências do Superego.

Desta forma para melhor avaliar a autoestima e imbricações com a atividade ocupacional pode-se buscar o “conteúdo significativo do trabalho” (DEJOURS, 2005a p.49) que compreende “o conteúdo significativo em relação ao Sujeito e o conteúdo significativo em relação ao Objeto” (DEJOURS, 2005a p.49).

O trabalho ‘que eu faço e como faço’ produz significado e adere algo na identidade do trabalhador que pode se chocar com as noções de ‘quem sou eu e como fui constituído’. É neste ponto nodular que os elementos importantes e retificadores da identidade podem encontrar na situação do trabalho uma força que rompe o equilíbrio psíquico (CODO, 2004 p.15). Em outras palavras, é neste intercruzamento que se estabelecem as possibilidades de produção de significado, satisfação e adoecimento (DEJOURS, 2005a).

No caso, a queixa reafirmou a necessidade de procurar os elementos latentes que se circunscrevem na dialética dos elementos simbólicos do trabalho. Portanto buscou-se entender a historicidade das relações do trabalho na vida privada da paciente utilizando o apoio teórico de Dejours (2005a; 2005b), ao que se refere ao conteúdo simbólico do trabalho. Assim pode-se verificar o seguinte:

1. A paciente detinha um nível de qualificação superior as exigências da tarefa, situando-se em uma situação de subemprego. Outro aspecto importante se relacionada com a família que detinha uma conduta indiferente e naturalista das tarefas efetuadas pela paciente, denotando uma baixa valorização do trabalho;
2. A realização do trabalho pode circunscrever nas subtarefas componentes de um encadeamento simbólico, uma mensagem direcionada à situação real e aos objetos internos que implicam no realizar e no não realizar ou fazer parcialmente. No caso estudado o não trabalhar ou trabalhar apenas parcialmente compõe-se ao mesmo tempo a manifestação do sofrimento e a tentativa defensiva e uma importante parte da queixa inicial da paciente.

As condições de subemprego conjuntamente com baixa valorização do trabalho pelos familiares e baixo status social referente a ocupação, foram demarcados como potencializadores da baixa autoestima manifestada pela paciente e como repercussão foi percebido a autodesvalorização e a inviabilização de projetos para consigo mesmo. E o

adoecer psicossomático da paciente serve como agravante, pois é um adoecer com perdas que incidem na autonomia e no aspecto funcional do corpo.

O trabalho da paciente não era apenas de cuidar do seu lar, tinha também a obrigação de cuidar de sua sogra e sua mãe, ambas já em idade avançada e com doenças degenerativas. No cuidar destas, havia sempre um risco real já que ambas se encontravam muito debilitadas. De forma mais específica pode citar as seguintes atividades como inerentes em sua rotina: tinha a obrigação de banhá-las, sendo uma obesa e a outra muito fraca; vesti-las; cozinhar alimentos específicos para não agravar os quadros de colesterol e diabetes; estar sempre vigilante (mesmo de noite) e sempre perto com a finalidade de evitar quedas ou similares. A realização destas atividades era vistas com naturalidade pelos parentes, pois sustentavam o argumento de que ‘ela deve cuidar das duas, já que ela não trabalha’ (*sic*). A paciente ficava à deriva da condição dos outros que de última hora poderiam lhe convocar, mesmo que não fosse o dia previsto. A possibilidade de boicotar, não indo cuidar gerava certa perturbação nela própria e aumentava as produções fantasiosas e negativas sobre si-mesma.

Na situação inversa, ao cuidar destas, a paciente se sentia lesada especialmente quando os imprevistos aconteciam nos finais de semana. Acreditava que ao assumir a responsabilidade de cuidar, os seus parentes poderiam cair nos deleites do final de semana, obter prazeres que ela própria era privada. Tal condição abriu espaço para a compreensão dos fenômenos projetivos e introjetivos, como importantes no quadro da paciente, pois pode transparecer em uma situação atual e real as mutilações de individualidade que eram características de seu padecimento.

Embora fosse automático se inibir perante os outros, ela detinha pequena consciência ou conhecimento sobre a influência disto em seu padecimento. Desta forma, tornou-se possível averiguar esta afetividade nas primeiras entrevistas, especialmente por intermédio das associações produzidas pela paciente quando automaticamente se perguntava quem era ou que estava fazendo consigo própria.

Além da *psoríase*, era presente na queixa da paciente o sentimento de estar deprimida e apresentar prejuízos a autoestima. Também foi notada a presença de sintomas fóbicos e de angústia, que afetavam as representações e pensamentos que detinham na sua experiência com a realidade externa e interna: sentia que estava sendo atacada, o mundo externo lhe era muito hostil e defensivamente se inibia perante suas capacidades em especial as relacionadas as atitudes de autonomia concreta e também imaginária - ao se questionar sobre as (im)possibilidades de transformação do mundo externo; uma parte manifesta desta psicodinâmica era o medo do pior (acidentes, fraturas, mortes e expiações de forma geral) acontecer mesmo em situações rotineiras e cotidianas.

b) Avaliação do grau de motivação para tratamento e das atitudes para o insight

Nas palavras de Braier (1991, p.63): “diretamente ligado à capacidade de *insight* do paciente acha-se seu grau de *consciência da enfermidade*, que também terá de ser detectado”. A paciente sofrera, há muitos anos atrás, com a eclosão de uma doença psicossomática que havia desaparecido e retornado há dois anos. Durante o período inicial da enfermidade foram realizados diversos exames e não foi possível deferir a etiologia da doença. Na segunda eclosão as promessas dos avanços da medicina criaram expectativas e a paciente buscou realizar todos os exames possíveis. Estes resultaram em nenhuma

constatação médica importante, apenas que sofria de *psoríase* e um encaminhamento sem maiores informações para buscar tratamento psicológico. Embora este tipo de indicação não explique sobre o transtorno em si, abre a possibilidade da introspecção da paciente para confecção de cadeias representacionais direcionada para o entendimento sobre a afecção.

A indicação também abre espaço para o interesse em procurar um psicólogo ou outro profissional da saúde mental que possa lhe fornecer ajuda, surgindo um motivo para ação, motivação. A motivação será fomentada pelo sofrimento, buscando apenas reduzi-lo. E foi neste intuito que a paciente procurou ajuda e se colocou em posição de falar das dificuldades enfrentadas em seu lar e local de trabalho.

As interpretações panorâmicas relacionadas a ambivalência afetiva *versus* psicossomatização realizadas durante as entrevistas não foram aceitas logo em seguida, pois como construído anteriormente, a paciente buscava um lugar de apreciação de seus sintomas, um lugar que pode descarregar e encenar as situações de violência simbólica que vivenciava todos os dias.

Foi necessário algum tempo para que as interpretações e também as sugestões voltadas a destituição da paciente da posição de passividade surtisse efeitos. Assim os mecanismos de negação e projeção do conteúdo latente começaram a falhar e abriram possibilidade para aceitação das interpretações panorâmicas relacionadas a problemática da ambivalência.

Ao decorrer das entrevistas, pode-se notar pelas poucas faltas pré-justificadas o interesse da paciente em se engajar no tratamento; também se notou a presença de colaboração através das reflexões introspectivas que a paciente realizava em relação as temáticas abordadas e coisas que acreditavam estar relacionadas a sua situação. Fatores estes que configuram atitudes propícias para formulações de *insights*.

Por intermédio destes argumentos, julgou-se que a motivação que a paciente detinha para o tratamento proposto era adequada, mas a atividade terapêutica deveria ser conduzida com paciência para evitar o aparecimento de uma resistência maior do que o desejo de cura.

c) Determinação do Foco

A tarefa de estabelecer um foco não foi simples, justamente por não se tratar de um quadro que mesclava características de ser agudo e ao mesmo tempo crônico. Os sintomas que tinham caráter crônico não foram considerados estruturais, no sentido proposto por Dor (1993) e a paciente se debatia contra estes, embora também gozasse de ganhos secundários. A característica aguda advinha da existência de poucos subterfúgios na extensão da psique manifesta, pois o sofrimento e a patologia haviam quase totalmente tomados as manifestações psíquicas da paciente. A paciente conseguia falar e produzir associações sobre sua problemática, embora estivesse com pouca integração egóica e dificuldade de lidar com as pressões internas e externas.

Estas associações eram dotadas de agressividade e de menosprezo. Sempre que algo remetia-lhe a frustração ela começava utilizar o casamento e a figura do marido como forma de se proteger, denotando a necessidade de compreender a afetividade

mobilizadora da projeção. Foi assim que certos pontos de urgência começaram a aparecer no *setting* e foi possível identificar o tipo de relacionamento objetal que a paciente detinha com seus familiares: passividade, atuação (utilizada na finalidade de obter gozos secundários do sintoma) e raiva deslocada deram indícios claros das relações ambivalentes e complementaram as hipóteses diagnósticas.

As condições psíquicas da paciente acionaram a atenção do terapeuta a estes fatores e durante as entrevistas diagnósticas foram realizadas intervenções que colocassem a paciente na possibilidade de falar do sentido e do significado aderido ao trabalho que desempenhava. Assim verificou-se grande abrangência desta temática, pois funcionava como elo entre seu presente e seu passado e também realizava interseções com sua condição atual, seja de *psoríase* ou de desgaste.

O trabalho não remunerado e não reconhecido era um fator negativo em termos de saúde mental. O sentido agregado pelo trabalho era da reprodução dos eventos da vida que sentia como fracassos, como por exemplo: ter deixado o emprego no banco; não ter finalizado o curso de magistério; os diversos problemas conjugais que há muito tempo assombram a paciente. Como efeito potencializador, o trabalho que se ocupou desde que abriu mão de sua carreira profissional foi o de cuidar. Cuidou da casa, das filhas e do marido. Cuidou destes, resolvendo os embates e as complicações sem ajuda de outros e hoje todas as filhas são autônomas e tem independência financeira e afetiva, não sendo mais necessário a mãe como intermediária. A paciente expressa com frequência não ter mais valor, ser uma peça que foi utilizada e agora não detinha mais por onde recomeçar sentia-se desgastada e sem caminhos que pudessem leva-la doravante. Parecia que as filhas introjetavam o discurso relativo a importância da autonomia, mas refutavam o nível identificatório com a mãe.

Então o foco foi ajustado para explorar o sentido a paciente agregava em relação ao seu trabalho e sobre si-mesma, buscando resignificar e reparar possíveis representações que fomentassem a redução da autoestima. Este foco foi estabelecido também na finalidade de agregar os objetos internos impregnados pelos investimentos da pulsão de morte e melhorar o trâmite e a simbolização sobre as representações sobre o marido, as filhas e os familiares. Assim esperava-se que a paciente começasse a se apropriar da realidade com menos destrutividade, reduzindo assim as identificações projetivas e introjetivas e os objetos bizarros. Portanto almejava-se reduzir a agressividade presente nos objetos internos para que estes pudessem nutrir uma relação mais amorosa com o ego e o ideal de ego, criando possibilidades para se configurar menos inibida em relação à própria vida pessoal e profissional.

Planejamento

Para a avaliação foram dedicadas seis entrevistas e após esta etapa foi dedicada uma sessão para esclarecimento da modalidade de tratamento que havia sido delimitada ao caso dela, a saber, Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica. Neste dia ela foi orientada em relação as regras e aceitou o contrato verbal na qual foram expostas as regras essenciais ao processo. Vale especificar que buscou-se nesta sessão formar uma aliança terapêutica e mobilizar os elementos secundários do ego para atuar cooperativamente com o processo terapêutico.

Neste dia ainda, foi proposto dezoito atendimentos, de cinquenta minutos com a frequência de uma vez por semana, sempre nas quintas feiras no horário combinado, com

direito à relocação ou de horário em caso de recesso do NUPFAI ou de compromisso previamente avisado à secretária do NUPFAI. Também foi exposto a paciente os possíveis feriados e recessos da clínica escola.

Conforme já informado, o foco desta psicoterapia foi a dialeticidade entre a paciente e sua ocupação, o lar. As variáveis presentes são muito abrangentes e foram adotadas algumas estratégias para colocar a paciente em posição de reconhecimento dos conteúdos afetivos presentes na suas relações com as pessoas mais próximas. O terapeuta teve que ser mais ativo no início do tratamento, sendo muito interrogativo para fazer a paciente realizar diversas associações e deixar transparecer certos valores internos que eram desconhecidos tanto ao terapeuta quanto a paciente.

O plano inicial foi mantido para atingir os objetivos terapêuticos. Em virtude do sofrimento, buscou-se mobilizar a paciente a produzir associações sobre a própria ira em relação a si-mesma e a família. Escolheu-se mobilizar a ira, em decorrência do resultado da avaliação e pela própria condição da paciente: insatisfeita consigo mesma e em processo de culpabilização.

Acreditava-se que através da ira se chegaria a vida profissional e na vida pessoal, isso porque, as relações que a paciente detinha eram vistas como hostis, ela sentia-se como se estivesse sempre perdendo algo e em fato, estava à perder sim, já há muito tempo não era satisfeita com nenhum âmbito da própria vida e não via retorno dos investimentos afetivos que fez no passado. Sentia que havia se doado aos demais, dado tudo que poderia em termos de esforço e afetividade, e ninguém estava a reconhecer isto, nem seu esposo, a pessoa de mais apreço na vida da paciente. Em resposta ela estava se fechando a todos estes.

Não fazia parte do planejamento e nem do enquadre que todos os distúrbios que a paciente sofria fossem tratados, objetivava-se recuperação da autoestima, aquisição de consciência sobre a enfermidade e estimulação das funções autônomas.

EVOLUÇÃO DO CASO

Inicialmente a paciente se encontrava em situação de fragmentação identitária. Aquilo que acreditava ser, bem como aquilo que acredita querer, estava enlaçado com as produções negativas sobre si mesma nas quais se sobressaia o sentimento de impotência. O trabalho detinha elementos significativos nas produções sintomáticas, pois reafirmava o sentimento de impotência através do não reconhecimento afetivo dos envolvidos e o fator de não gerar renda deixava a paciente ainda insegura. Havia um sentimento de que vivera em vão como que seus esforços não fossem significativos ao mesmo tempo em que creditava a si-própria o sucesso profissional das filhas e do marido.

As entrevistas iniciais ficaram muito demarcadas pela queixa que deveria fazer tudo para todos, mas não obtinha nem o mínimo de reconhecimento ou dinheiro. Estava a trabalhar sem prazer, fazia menos que o essencial e dizia não se reconhecer no que estava fazendo. Percebeu-se assim, certa recriminação e capricho, pois gostava de realizar as atividades buscando aperfeiçoamento e dizia que há algum tempo não tinha mais motivação.

O processo terapêutico foi caminhando e a paciente pode perceber que o trabalho realizado com relativa perfeição ou o trabalho desempenhado para os outros não lhe trazia a possibilidade de autonomia ou de autovalorização e metaforicamente dizia, mesmo sem ter inicialmente a consciência, que não podia adquirir um frasco de esmalte ou uma roupa nova. Para conseguir estas coisas tinha que pedir, situação que experienciava como humilhação e na maioria das vezes nem era ouvida pelo esposo.

A atividade do terapeuta ficou restrita a inquirir com questões abertas e formuladas com as próprias palavras da paciente, para atingir a finalidade de emergir através do relato da paciente elementos não associados, que via de regra não eram expressos no cotidiano ou ficavam restritos a comunicações indiretas ou até mesmo em mensagens enigmática à outros. Ou seja, objetivou-se tanger os elementos latentes e abrir espaço para inclusão destes no processo consciente, em detrimento da expressão sintomática.

Estas intervenções ativaram a memória, pois teve de buscar informações não-integradas e as formular em palavras para preencher as lacunas deixadas pelas questões, forçando-a resgatar noções anteriores sobre si-mesma. Portanto pode-se afirmar que a paciente, inicia lentamente um processo de *insight* e o faz mediante a introspecção. As condições psicológicas da paciente, especialmente as de neuroticidade, permitiam a utilização e o sucesso dessas intervenções que culminou em condições de elaboração e de gênese de elementos simbólicos que se encontravam estagnados e contribuía para a organização dos sintomas.

As interpretações panorâmicas também foram muito importantes neste processo inicial e em conjunto com as intervenções interrogativas ajudaram o desvelamento parcial da situação desencadeadora da primeira erupção de *psoríase*. A partir disso começou um processo de expressão e de produção de associações em relação as figuras ambíguas e houveram interpretações para desvelar e deixar claro à paciente os sentimentos presentes, mas reprimidos, na situação da paciente: o ódio negado e o amor voluntariamente abandonado; em especial percebeu-se que o ódio e seus derivativos, rancor, raiva, insatisfação, se encontravam desintegrados (cindidos) e com muito peso em quase todas as relações objetais da paciente. Havia um movimento consciente de não metaforizar o ódio, era proibido de adentrar na consciência ou de se ligar com algum objeto e no processo consciente só restava a frustração ou angústia como indícios da cisão e negação.

A reintegração dos eventos históricos com a noção de si mobilizou as possibilidades de surtir clarificações sobre seus padecimentos. Os primeiros ganhos terapêuticos notáveis iniciam com a redução e quase extinção dos medos, narrados anteriormente. Com estes ganhos, a paciente, se colocou na posição de começar atribuir sentido aos sintomas, até que percebeu a relação do sentimento de ser abandonada/traída pelo marido com o aumento ou prolongamento da *psoríase*. Com o início dessa conscientização a paciente buscou novas formas de ser e começou a considerar a hipótese de assumir um emprego no comércio.

Foi possível averiguar conjuntamente com a paciente as perdas significativas que sofrera a medida que teve que ir restringindo suas possibilidades de autonomia. O cuidado, para com os demais, se inscreveu nessa condição negativa e as derivações subsequentes das condições de solilóquio e não propícias de trabalho (repetitiva, simbolicamente empobrecedora e ausência de gratificação externa ou reconhecimento) colocavam a paciente em condições de desapropriação subjetiva.

O trabalho com as relações objetais, especialmente com as investidas e desinvestidas pulsionais foi muito relevante à este caso. Foi por intermédio da possibilidade de abarcar a fantasia inconsciente manifestada como comunicação indireta ou encadeamento simbólico que as vivências sentidas como ataques à sua subjetividade e individualidade se tornaram conscientes para a paciente e esta pode compreender parcialmente a psicodinâmica que estava apresentando.

A abordagem dos elementos agressivos foi significativa durante o tratamento, pois as idas e vindas da resistência puderam ajudaram a fixar a ansiedade sentida aos objetos causadores, desvelando os principais conflitos presentes na vida interna da paciente. As expressões afetivas que aconteceram durante a psicoterapia ajudaram a formulação dos *insights* e ao decorrer do tratamento pode-se verificar a seguinte razão inversa: conforme o nível de conscientização da problemática aumentava a paciente experimentava melhorias em sua psicossomatização.

As melhorias apresentadas fomentavam na paciente o desejo de criar um espaço para si e lentamente começará a conquista-lo mediante esforço e modificação da postura de passividade para atividade; já não mais era dependente dos ganhos secundários da doença para obtenção de prazer. Tais melhorias começaram a acontecer por volta do décimo atendimento (ou décimo sexto contando com a avaliação). Acredita-se que a condição neurótica da paciente foi conjuntamente com as intervenções a razão para o início desta melhoria considerável na autonomia.

Durante este entremeio a paciente já estava conseguindo andar, pois a redução de sua *psoríase* permitia apoiar o calcanhar no chão e assim pode evitar ser dependente do marido para deslocar-se. Tal ganho se somou a sua renovação de CNH e a paciente já podia vir aos atendimentos ou a outros compromissos com seus próprios esforços.

Já na fase final do tratamento houve uma piora de sua condição, mas a autonomia dela não se reduziu ao nível que jazia no início do tratamento. Tal fenômeno foi considerado como resistência ao termino do tratamento e foi enquadrado como tal. Para redução deste impacto foi necessário utilizar de interpretações transferenciais que buscaram abarcar a ansiedade depressiva, muito amiúde destituída de importância na psique da paciente. As construções que foram feitas pela paciente concordavam com a existência desta ansiedade e ela passou a expressar o luto real pela figura paterna efetuado na vida adulta, muito próximo ao nascimento de suas filhas. Para resolução destas novas mobilizações procurou-se nos últimos atendimentos buscar por objetos internos e amizados que havia perdido contato, encorajando a paciente a reparar os possíveis danos que havia imaginado causar nestes. Foi neste contexto que surgiram alguns amigos do passado e a paciente se dizia estar forte o suficiente para busca-los.

Para demarcar o encerramento do processo na última sessão foi realizada pelo terapeuta uma retrospectiva do processo psicoterapêutico para pontuar as temáticas trabalhadas, sobretudo a vinculação destas com o foco adotado. Posteriormente, foi apresentado a paciente os ganhos que obteve e ao final a paciente em concordância de dos elementos apresentados realizou uma clarificação sobre seu padecimento e sobre si-própria. Antes de despedir-se ela cruzou os dedos, de forma à denotar que também precisaria de sorte e disse que acreditava ter força e estar apta para caminhar com os próprios pés.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento de uma entrevista clínica, a atenção dirigida aos sintomas, por vezes inibe a percepção do modo como o indivíduo se reproduz naquilo que faz. O fazer, aqui representado como alguma modalidade de trabalho, propicia a expressão subjetiva, quer seja pela condição de auto realização ou em sua condição inversa, o adoecimento que acompanha e faz alusão a estagnação das escolhas da vida pessoal.

Assim, o trabalho pode demonstrar quanto o indivíduo está imobilizado em uma identificação ou em que medida pode haver sublimação. As aquisições de insight, sejam de caráter racional ou emocional, permitem um redimensionamento da capacidade de simbolização.

A medida que um indivíduo se distancia de uma instância alienada passa a articular sua vivência afetiva na transformação de seu cotidiano. Esta transformação é orientada a satisfação de pulsões e permite que o trabalhador experiencie alguma congruência, algum sentido entre aquilo que faz e o que sente como relevante, aproximando-se de um ideal de ego construído através dos *insights* obtidos. Mas, para conseguir articular seu afeto e saciação, é *apriori*, necessário observar como a impetuosidade do desejo se repete na história de vida. É urgente também que esta observação seja respalda por uma postura que abra espaço para a possibilidade de analisar o afeto e suas expressões.

A orientação ao insight cumpre a função urgente descrita acima e destaca-se entre as psicoterapias breves de orientação psicanalítica. Esta orientação privilegia as relações estabelecidas e seus desdobramentos, auxiliando também na delimitação dos determinantes que originaram um investimento. A modalidade escolhida mostrou-se eficaz para adentrar em um campo de atuação marcado por objetos permeados pelo amor e pela raiva; pela divisão do manifesto e do latente; onde além do sofrimento pela limitação também se encontrou a via do amor por se sentir cuidada. Ademais destaca-se a redução dos sintomas característicos da síndrome de *burnout* por intermédio da estimulação dos processos simbólicos.

Desta forma os diálogos entre trabalho, objetos internos (e as pulsões investidas nestes) e vida íntima se mostraram férteis no caso apresentando, demonstrando possibilidade de redução do adoecimento afetivo que produziu equalização fantasmática e ressonância entre tais instâncias. Pode-se, assim e mediante tais argumentos, ressaltar a dialeticidade presente nas esferas supracitadas e a possibilidade de inclusão da psicoterapia como elemento intermediário entre o mundo interno e o mundo externo, ou seja, do *self* e do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, L. A. *Isso é Groddeck*. São Paulo: Edusp, 1998.

BION, R. W. Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. In: BARROS, R. M. E. (Org.). *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1991. (p. 69-89).

BLEICHMAR, S. *Clínica Psicanalítica e Neogênese*. São Paulo: Annablume Editora, 2005.

BRAIER, Eduardo Alberto. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BROWN, C. A. J. Retrospecto histórico. In: *A Psicologia Social da Indústria*. São Paulo: Atlas, 1972. (p.15-41).

CODO, W.; BATISTA, S. A. Trabalho e afetividade. In: CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Brasília: Editora Vozes, 1999b. (p.60-85).

CODO, W.; GAZZOTTI, A. A. Trabalho e afetividade. In: CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Brasília: Editora Vozes, 1999. (p.48-59).

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. Educar, educador. In: CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Brasília: Editora Vozes, 1999a. (p.37-47).

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é *burnout*. In: CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Brasília: Editora Vozes, 1999b. (p.237-254).

CODO, W. Psicopatologia do Trabalho. In: CODO, W. *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. (p.11-22).

DEJOURS, C. *A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 2005.

DOR, J. *Estruturas e clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1993.

DOSSO, A. *Obesidade como sintoma depressivo na contemporaneidade*. Universidade Estadual de Maringá: Maringá, 2010.

ELAEL, B. C. C. *O Fenômeno Psicossomático: a falta de sentido que fere o corpo*. Universidade Veiga de Almeida: Rio de Janeiro, 2008.

FONSECA, B. C. M. Do trauma ao Fenômeno Psicossomático (FPS)– lidar com o sem-sentido? *Ágora*, v.10, n.2, p.229-244, 2007.

FLEURY, M. T.; FISCHER, R. M. *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas, 1989.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria (1893 – 1895). In: _____ (Org.). *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2006a. Vol I.

_____. Repetir, recordar e elaborar. In: _____. *O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*. Rio de Janeiro: Imago 2006b, Vol XII, p- 161–171.

_____. Sintoma inibição e ansiedade. In: _____. *Um estudo autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926)*. Rio de Janeiro: Imago 2006c, Vol XX, p- 81 –174.

_____. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: _____ *Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910)*. Rio de Janeiro: Imago 2006d, Vol XI, p. 217-228.

HERRMANN, F. *Andaimos do Real: o método da Psicanálise*. 3ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

KLEIN, M. *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LEONTIEV, A. *O Desenvolvimento do Psiquismo*. Centauro: São Paulo, 2004

MILLAN, R. L. A síndrome de Burnout: realidade ou ficção? *Revista Associação Médica Brasileira*, v.53, n.1, p.5-5, 2007.

PEREZ, O. D. *O Inconsciente: onde mora o desejo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2012.

SANCHES, S. Trabalho doméstico: desafios para o trabalho decente. *Revista de Estudos Feministas*, v.27, n.3, p.879-888, 2009.

SAMPAIO, J.R. As três faces da psicologia do trabalho. *Psique*, v.5, n.1, p.60-66, 1995.

SAVIANI, D. Educação socialista, Pedagogia Histórico-Crítica e os desafios da sociedade de classes. In: LOMBARDI, C. J.; SAVIANI, D. *Marxismo e Educação: debates contemporâneos*. Campinas: Autores Associados, 2005. (p.223-270).

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SORATTO, L.; HECKLER-OLIVIER, C. Trabalho: atividade humana por excelência. In: CODO, W. (Org.) *Educação: carinho e trabalho*. Brasília: Editora Vozes, 1999. (p.111-122).

TAVARES, M. A clínica na confluência da história pessoal e profissional. In: *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. (p.53-104).