

Aberturas na técnica psicanalítica: uma intervenção social clínica com educadores

Openings in the psychoanalytic technique: a clinical social intervention with educators

Marta Rezende Cardoso*
Gabriel Ventura Lara e Silva**
Júlia Silva Carvalho Nascimento***
Mariana de Almeida Nogueira Redmond****

Resumo

Exploramos questões da clínica psicanalítica numa proposta de intervenção social clínica junto a educadores. Nossa atuação é orientada por uma abertura do manejo clínico visando possibilitar um espaço de escuta para professores de escolas municipais do Rio de Janeiro. Esses educadores vivem situações geradoras de sofrimento psíquico nem sempre passível de compartilhamento entre pares. Abordamos a singularidade da técnica na realização de uma clínica ampliada. Ao proporcionar espaços sustentados pela psicanálise *extramuros*, torna-se

* Psicóloga, Psicanalista. Doutora em Psicanálise e Psicopatologia Fundamental pela Université Paris Diderot - França. Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP-UFRJ) - Departamento de Psicologia Clínica e Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica). Membro da Associação Universitária de pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Coordenadora e orientadora do Projeto de extensão “Psicanálise e Educação: intervenção social clínica para uma escola possível”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rezendecardoso@gmail.com

** Psicólogo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Participante do Projeto de extensão “Psicanálise e Educação: intervenção social clínica para uma escola possível”. Integrante, como psicólogo, do grupo Travessia da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. gabrventura@gmail.com

*** Aluna do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Participante do Projeto de extensão “Psicanálise e Educação: intervenção social clínica para uma escola possível”. Integrante, como aluna em projeto de extensão, do grupo Travessia da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ). bolsista (Profaex). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jsc.nascimento@hotmail.com

**** Aluna do curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Participante do Projeto de extensão “Psicanálise e Educação: intervenção social clínica para uma escola possível”. Integrante, como aluna em projeto de extensão, do grupo Travessia da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. mariananredmond@gmail.com

possível um melhor enfrentamento da precária realidade das referidas escolas, o que dá contorno político a essa prática.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica. Abertura. Precariedade social. Vulnerabilidade psíquica.

Abstract

We explore issues of the psychoanalytic clinic in a proposal for clinical social intervention with educators. Our work is guided by an openness to clinical management in order to provide a listening space for teachers from municipal schools in Rio de Janeiro. These educators experience situations that generate psychic suffering that are not always liable to be shared among peers. We approach the uniqueness of the technique in carrying out an expanded clinic. By providing spaces supported by extramural psychoanalysis, it becomes possible to better face the precarious reality of the referred schools, which gives a political contour to this practice.

Keywords: *Psychoanalytic clinic. Opening. Social precariousness. Psychic vulnerability.*

Nos escritos técnicos *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912/2010) e *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)* (1913/2010), Freud ressalta que as produções iniciais sobre a técnica psicanalítica foram construídas a partir de sua experiência profissional, adequadas às particularidades de seu contexto, sendo, portanto, recomendações sem função prescritiva.

Frente a um novo contexto social, com novas modalidades de sofrimento e novas demandas de acolhimento, cabe à psicanálise se desenvolver de modo a conseguir responder a essas demandas, abrigando essas *fendas* e deixando através delas “entrar a luz”, de modo a contemplar a abertura e plasticidade próprias a sua construção teórica e a sua prática clínica, duas faces inseparáveis do método psicanalítico.

Tendo em vista essa potencialidade intrínseca de abertura, impõem-se novas modalidades de intervenção clínica suscetíveis de se manter rigorosamente dentro desse campo. Em acordo com Sato *et al.* (2017), apostamos em uma clínica articulada com a dimensão sociopolítica do sofrimento, uma psicanálise, portanto, implicada, que permanentemente leva em conta, o inescapável entrecruzamento de subjetividade, inconsciente e laço social.

Partimos desses pressupostos nos desenvolvimentos que iremos apresentar no presente artigo, dedicado à singularidade da técnica numa proposta de intervenção social clínica específica, realizada com educadores da rede municipal do ensino básico do Rio de Janeiro, através do projeto de extensão “Psicanálise e Educação: intervenção social clínica para uma escola possível”. Este projeto é vinculado ao Instituto de Psicologia da UFRJ, em parceria com a Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (Grupo Travessia), em conjunto com a Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Neste texto, vamos abordar algumas questões relativas às diferenças e aproximações concernentes ao enquadre e ao método clínico psicanalítico no contexto do que aqui consideramos em termos de um processo de intervenção social clínica.

Com os referidos profissionais, são realizados atendimentos em situação de grupo numa perspectiva clínica, cujo caráter é ampliado, e por meio dos quais, busca-se propiciar um espaço de escuta. A realização de intervenções grupais favorece, neste caso, o exercício de uma prática que não se volta diretamente para um sofrimento de caráter mais individualizado, prática clínica cujo móvel é, em grande parte, o compartilhamento de experiências. Nessa modalidade de intervenção clínica, a formação e a experiência de grupo se apresentam, em si mesmas, como capazes de dar algum contorno ao sofrimen-

to, presente, muitas vezes, na dinâmica do cotidiano de trabalho desses sujeitos, desses professores do ensino básico da rede pública do Rio de Janeiro.

O reconhecimento desse sofrimento – que atesta, dentre outros aspectos, o caráter político desse tipo de intervenção – comporta significativo valor terapêutico. Trata-se, em primeiro lugar, de acolher o que esses sujeitos manifestam de frequente, seu estado de vulnerabilidade psíquica, resultante de vividos experimentados em seu cotidiano profissional – causa, em muitos casos, de sofrimento psíquico. No decorrer desse processo de intervenção clínica tem sido possível observar que o referido sofrimento se encontra em grande parte relacionado com o estado de profunda e grave precariedade social que caracteriza, em vários níveis, as condições da maioria das escolas municipais do Rio de Janeiro. A equipe terapêutica à frente dessa proposta clínica busca ampliar sua escuta para acolher os vividos do grupo a partir dos relatos de seus participantes cuja expressão e possibilidade de elaboração vem a ser favorecida, como veremos adiante, por meio da utilização de “novos” dispositivos técnicos.

Psicanálise em extensão com um grupo de educadores

Na intervenção clínica que propomos através do referido projeto, são atendidos de dez a quinze professores em cada grupo. Estes sujeitos participam de ciclos de oito encontros semanais, até então realizados de forma remota, sob a coordenação de dois terapeutas, psicanalistas, auxiliados por dois alunos de extensão. Vários dos educadores para os quais essa modalidade de intervenção clínica foi oferecida apresentaram demandas expressando um estado de vulnerabilidade psíquica gerado pela precariedade do ambiente e pelo convívio escolar. Dentre os fatores implicados nessa precariedade – de forte acento sociopolítico – vale destacar a violência da cidade, com frequentes tiroteios durante o dia no entorno das escolas, a insuficiência socioeconômica dos alunos em seus respectivos contextos familiares e a significativa ausência de apoio estatal quanto à atenção e cuidado desses sujeitos, de natureza objetiva e socioemocional.

Todos esses problemas parecem funcionar como deflagradores de intenso mal-estar psíquico nesses professores tendo em vista a excessiva exigência a eles colocada, posto que, além dessas inúmeras adversidades, as quais, por si só já sobrecarregam sua capacidade psíquica, eles ainda precisam estar à frente de funções que extrapolam o ensino propriamente dito. Por exemplo, eles são

permanentemente convocados, de modo mais ou menos direto, a cuidar da saúde mental de determinados alunos ou mesmo de seus responsáveis.

Em linhas gerais, a proposta clínica que aqui apresentamos consiste no oferecimento de uma escuta qualificada para esses sujeitos, os quais são recebidos em situação de grupo. Fundamentados no referencial psicanalítico, nosso foco é endereçado às expressões de sofrimento psíquico dos mencionados educadores, especialmente àquelas referidas à inserção institucional enquanto espaço coletivo. Esta constitui importante característica dessa modalidade de processo terapêutico, clínica dita ampliada, enquanto intervenção social clínica.

Os dispositivos próprios a esse tipo de intervenção, a singularidade de seu enquadre, diferenciam-se em alguns pontos do tratamento “padrão”, do *setting* tradicional, no que se refere à questão do manejo e a certos objetivos. Porém, nela estão mantidos e assegurados os pilares básicos do método psicanalítico, particularmente aqueles elementos que definem seu tipo de escuta e que caracterizam a dinâmica relacional que lhe é própria, delimitando sua singularidade enquanto clínica psicanalítica. Um desses elementos de base, seja no âmbito do tratamento individual, seja naquele realizado em grupo ou, igualmente, nessas outras modalidades de terapêutica extramuros é a importância da dinâmica da transferência.

Trata-se de uma intervenção clínica, realizada, como indicamos anteriormente, pela equipe formada por psicólogos e por alunos extensionistas. A presença desses alunos na equipe está aberta também a intervenções, embora menos recorrentes, sendo eles igualmente responsáveis pela manutenção da organização do trabalho e, até então, das condições para sua realização no ambiente *online*.

Os encontros são geralmente guiados, de modo mais central, por um terapeuta, responsável por iniciar a sessão, instruindo sobre a dinâmica básica que os orientará e assegurando o funcionamento e a fala dos participantes. A presença de um segundo terapeuta vem assegurar, na maior parte das vezes, uma escuta atenta à construção de uma espécie de fio que, pouco a pouco, tende a se constituir como resultante da fala grupal. Isso se dá a partir de uma dimensão mais latente, num plano mais referido à fala do grupo, enquanto espaço coletivo, do que ao que cada um, individualmente, pôde trazer no encontro clínico. Uma das características que nos parecem especialmente relevantes nesse processo justamente é que a proposta, neste caso, não é de se intervir no que cada sujeito traz individualmente, mas privilegia-se na fala aquilo que nesta vem a se compor como discurso expressivo de um coletivo.

Após cada encontro, a equipe de coordenadores se reúne para compartilhar as experiências e percepções do grupo. Os múltiplos pontos de vista, as impressões de cada membro da equipe terapêutica constituem material valioso a ser levado em conta na continuidade do trabalho, na construção do manejo – objeto de discussão numa supervisão mútua, atenta à identificação e à análise da dinâmica de processos transferenciais e contratransferenciais.

Essa modalidade de intervenção social clínica visa possibilitar o compartilhamento entre profissionais – no caso, os referidos educadores – que vivenciam dilemas semelhantes em seu espaço de convívio institucional. Nos grupos já realizados até agora, tem sido evidenciado como as oportunidades de troca, dentro e fora do ambiente escolar – entre os próprios professores – podem se revelar escassas, cada vez menos políticas públicas estando a serviço do apoio e do diálogo entre pares. Nesse contexto, na contracorrente das metas impostas ao regime de trabalho, muitas vezes intensamente opressoras, o foco desta proposta clínica não é, de forma alguma, favorecer um aumento da produtividade desses trabalhadores, mas a promoção da saúde integral.

Ao apostarmos no dispositivo grupal, respeitamos a complexidade dos dilemas encontrados pelos professores, permitindo um espaço de convergência para essas diferentes trajetórias. A escuta ganha, então, mais uma dimensão à qual concerne justamente a possibilidade de contar com a presença de colegas de profissão. Para além do trabalho da equipe de terapeutas, os integrantes do grupo se mostram sensibilizados pelas falas de seus pares, isso operando de modo identificatório e favorecendo o contato empático, havendo, assim, uma vivência no grupo de reconhecimento do lugar do outro e de si mesmo. A empatia, portanto, funciona nessa troca como instrumento favorecedor de importante experiência subjetiva de compartilhamento entre os participantes, na qual operam processos de identificação e de reconhecimento da alteridade, da diferença do outro.

A partir dessa proposta de intervenção social clínica, busca-se um maior aprofundamento teórico dos elementos relativos à singularidade da técnica psicanalítica em jogo no manejo clínico dos referidos grupos. Essa prática nos leva, então, a uma reflexão teórica sobre alguns aspectos próprios a esse dispositivo grupal.

Uma intervenção social clínica como proposta psicanalítica

A proposta de uma intervenção social clínica constitui um dispositivo clínico-político fundamentado nos preceitos fundamentais do método psicanalítico.

Trata-se de uma “clínica ampliada” em que os terapeutas que coordenam os grupos oferecem sua singular escuta. Esta é possibilitada pela dinâmica das relações transferenciais nela presentes, operada entre os participantes, mas estabelecida também com o próprio *setting*, como desenvolveremos mais adiante. Vale avançarmos desde já que não se pode considerar essa intervenção como equivalente a uma terapia de grupo, no sentido clássico dessa modalidade terapêutica, dentre outras razões, porque a prática ampliada aqui proposta não se apoia em demandas individuais, concernentes à vida íntima e particular de cada participante do grupo, mas sim, no sofrimento *coletivo* que os une.

Trata-se de um dispositivo grupal, muitas vezes de caráter institucional, posto que o sofrimento experimentado se opera no âmbito do trabalho, sendo este o elemento de vínculo entre esses sujeitos para os quais esta proposta de intervenção clínica é endereçada. Nesse contexto, em concordância com o método clínico psicanalítico, nesse tipo de intervenção grupal o papel da fala é essencial e é através dela que se revela possível o estabelecimento de laços identificatórios entre os participantes. Essa abertura à identificação, veiculada pela realização e aderência a essa proposta clínica, busca promover a criação de melhores estratégias de enfrentamento das problemáticas vividas por esses sujeitos, por exemplo, no seu cotidiano de trabalho.

Isso se dá, dentre outros meios, pelo reconhecimento do sofrimento entre pares, já que se trata de sujeitos vivendo situações geradoras de especial angústia, as quais tendem a ser comuns entre eles. Assim como no *setting* individual, a abertura da fala, através da associação livre, constitui recurso fundamental utilizado nessa modalidade de intervenção social clínica, mas, vale ressaltar, com os devidos ajustes. No caso, a possibilidade da promoção de uma associação livre é exercida num plano cuja presença vai se formando, a princípio, de forma mais latente, numa camada que pensamos ser própria ao espaço do grupo enquanto espaço coletivizado. A construção dessa abertura associativa é, em larga medida, impulsionada por dispositivos facilitadores de uma fala compartilhada.

Para darmos subsídios à nossa reflexão sobre a singularidade do manejo clínico nesse tipo de intervenção, nos fundamentaremos, dentre outras contribuições, na contribuição de Pablo Castanho em sua busca de investigar “um modelo psicanalítico para pensar e fazer grupos em instituições” (CASTANHO, 2012). Baseando-se nas proposições de René Kaës a respeito da noção de alianças inconscientes, mostra Castanho que essas alianças desempenham relevante papel em um dispositivo psicanalítico grupal. Permitem que haja vínculos estruturantes e/ou defesas inconscientes compartilhados entre os

participantes do grupo de maneira intersubjetiva (KAËS, 2016). As alianças inconscientes possibilitam que eles falem, lembrem ou recalquem determinada informação. Esclarece o autor:

em grupo, o sujeito não fala só em nome próprio, mas dentro daquilo que é permitido e valorizado pelas alianças inconscientes ali presentes. Certas revelações, certas lembranças, expressões de desejos interditados etc. são capazes de questionar o vínculo entre sujeitos presentes no grupo ou, pelo contrário, reafirmá-los.... (CASTANHO, 2012, p.121)

As alianças inconscientes revelam-se manifestas num processo de intervenção clínica grupal, quando, por exemplo, um dos sujeitos expressa uma questão intrapsíquica capaz de afetar o restante do grupo. A fim de melhor apreender essa dimensão, Castanho (2012) retoma o conceito de “porta-voz”, proposto por Pichon-Rivière ao caracterizar o sujeito que, a partir de uma fala, é capaz, sem o saber, de enunciar algo cuja significação é grupal. Constrói-se, assim, um espaço potencial para que os demais possam se identificar entre si e expressar no grupo essa experiência compartilhada.

Essas noções, desenvolvidas por esses autores, têm estreita relação com a dimensão relativa à associação livre, tendo em vista que se trata de buscar uma compreensão depurada acerca da singularidade da circulação da palavra numa grupalidade. Numa intervenção social clínica, cujo enquadre tem vinculação a um contexto institucional, a associação livre é operada por meio do estabelecimento de diversas alianças inconscientes as quais, no decorrer do processo clínico, se desenvolverão no âmbito grupal. Isso se mostra através do vínculo estabelecido entre os sujeitos participantes do grupo, mesmo sem que se conhecessem previamente, pelo fato de compartilharem experiências subjetivas semelhantes no ambiente institucional.

Quando um indivíduo fala como porta-voz do grupo, assim atuando – mas sem disso ter consciência – vindo a tocar em alguma situação limite à qual foi exposto no trabalho – abre-se a possibilidade de os demais se identificarem com essa narrativa. Eles são naturalmente estimulados a também se expressarem, num movimento promotor da circulação da palavra. O contrário também é possível: quando uma aliança inconsciente desperta uma defesa no sujeito, pode funcionar como elemento silenciador de importantes vividos. Mas, nesse caso, haverá sinalização de resistências, passíveis de funcionar, não apenas como obstáculo, mas como instrumento no trabalho de compartilhamento entre experiências comuns. Para que o contato dos participantes com as

próprias resistências não seja apenas obstáculo à realização do trabalho, analisemos a questão da possibilidade da utilização de certos dispositivos.

Dispositivos clínicos facilitadores no espaço grupal

A fim de fornecerem uma escuta para que o sofrimento subjetivo possa ser narrado no espaço grupal, os terapeutas utilizam certos dispositivos facilitadores da circulação da palavra, mas, como anteriormente indicado, tendo a teoria e a técnica psicanalíticas como fundamento. Um dos principais teóricos dessa abertura a dispositivos clínicos no campo da Psicanálise é René Roussillon. Em seu estudo a respeito da clínica das “situações extremas”, ele (ROUSSILLON, 2019) se depara com situações em que o modelo clássico terapêutico não se mostra suficiente para atender às demandas psíquicas da população acolhida. Defende o autor que a resposta do clínico para a demanda dos sujeitos deve ser “sob medida”, ou seja, adaptada a cada situação. É nessa adaptação sob medida que algo do sofrimento paralisante poderá vir a ser simbolizado. Portanto, é o sujeito que guiará, nessa eventualidade, a intervenção.

Um elemento teórico que permite fundamentar essa intervenção social clínica dita sob medida é a ideia de “bricolagem”, desenvolvida por René Roussillon (2019). Ele utiliza este termo associando-o ao sentido antropológico, em referência ao pensamento de Lévi-Strauss a esse respeito, em que “bricolar” constitui o ato de se promover junção de diferentes culturas para formar uma nova e única. Etimologicamente, o termo bricolagem é proveniente do francês, *bricolage*, significando um trabalho manual feito de forma improvisada. A este respeito, a noção de improvisado é especialmente pertinente porque se distingue radicalmente de uma prática desprovida de fundamento. A ideia de um efetivo processo de criação vê-se ancorada na presença de um arcabouço teórico que a sustentaria – como se dá, por exemplo, na improvisação musical, realizada a partir de profundo conhecimento técnico prévio dentro de um campo harmônico precisamente definido.

Roussillon (2019) utiliza o termo “bricolagem” no contexto da prática institucional, a fim de demonstrar a importância da realização da clínica sob medida para esses sujeitos, conforme por ele denominada. Isso significa uma prática realizada por meio da invenção de um dispositivo construído de acordo com as demandas específicas de cada situação, baseado na teoria psicanalítica e manejado de forma nova e única, a partir, como indicaremos a seguir, da utilização de recursos lúdicos e criativos.

Diante de um cenário de situações extremas e limítrofes de sofrimento psíquico, o método da associação livre, essencial da clínica psicanalítica, vê-se limitado, ou melhor, delimitado, em vista da dificuldade de o sujeito falar sobre a sua dor numa situação de grupo e no contexto de uma perspectiva institucional. O analista precisará pensar, então, em novas estratégias para a facilitação da circulação da palavra, muitas vezes, por meio de jogos, figuras, recursos audiovisuais, brincadeiras, dentre outras modalidades criativas. Assim, abre-se o horizonte para utilização de novos dispositivos, através do método psicanalítico, que sejam únicos para aqueles sujeitos envolvidos nessa clínica ampliada. Esse dispositivo é distinto do *setting* tradicional, demandando uma intervenção *criativa* capaz de facilitar a fala dos sujeitos.

A utilização de recursos criativos, em um processo de bricolagem, possibilita que os sujeitos no grupo narrem, que descrevam e elaborem, coletivamente, o sentido da sua angústia. Porém, para que essa intervenção criativa tenha lugar na situação grupal, é de especial relevância uma particularidade quanto à maneira como se dão as relações entre os participantes. Roussillon (2019) ressalta o vivido de cada sujeito do grupo em não mais se perceber como só, resgatando-se, assim, sua possibilidade de falar livremente num ambiente grupal e mediante diferentes níveis de relação, sob uma lógica de base transferencial, como iremos apresentar mais à frente. Este aspecto nos parece determinante para que em cada sujeito, ainda que na situação de grupo – em particular numa perspectiva coletivizada conforme sustentamos antes – e não individualizada, tenha início um processo de mudança psíquica.

A fim de explicar como esse processo ocorre, Roussillon (2019) o divide em três tempos, relacionando-os ao trabalho de simbolização: tempo de transformação em signo, de encenação e de atribuição de sentido. O primeiro tempo, transformação em signo, é efetuado pelo próprio sujeito em sofrimento, a partir de signos que se exprimem sob a forma de sintomas. Esse momento constitui a primeira abertura rumo à possibilidade de se “narrar o inenarrável”. Isto nem sempre se dá por meio da linguagem verbal, mas principalmente através do corpo, a partir de gestos, de afeto e comportamento, signos que poderão tornar-se significantes através do auxílio da intervenção clínica. O segundo tempo, o trabalho de encenação, dá-se pela atribuição de um contexto para os referidos signos, os quais, num terceiro tempo, ganham sentido quando a contextualização se opera por meio da formação de uma cena.

O sujeito em sofrimento, a partir da circulação da palavra, passa a trazer novos signos que, de maneira não linear, fazem sentido quando vêm a se conectar entre si. Este aspecto é importante, pois o último tempo, concernente ao

trabalho de atribuição de sentido, só poderá ser realizado a partir de uma contextualização. Caberá ao clínico organizar os signos, conectá-los e transformá-los em cena, a fim de atribuir-lhes sentido. Dessa forma, apesar de a linguagem verbal ser a via régia para o trabalho da simbolização, vemos que é o afeto que dá início ao meio de comunicação. A mudança psíquica, a partir da simbolização, é, portanto, um processo que demanda a formação de um vínculo entre o sujeito em sofrimento e o clínico; desse modo torna-se viável uma elaboração do que ele não consegue inicialmente expressar através da fala. A partir disso, faz-se notória a especial importância dos dispositivos criativos por incentivar a expressão subjetiva não somente pela verbalização, mas igualmente por meio do lúdico. Isto é favorecido, segundo o autor, pela bricolagem, facilitador do processo de simbolização.

Nesse viés, retomemos a ideia de compartilhamento de experiências entre pares e a abertura de um processo de identificação com o outro nas situações do cotidiano institucional, elemento essencial numa intervenção social clínica. Essa troca de experiências é facilitada pela criação de dispositivos criativos, funcionando como disparadores. A invenção do dispositivo é, em parte, fruto de um trabalho de teorização sobre os processos que geram sofrimento nos sujeitos, mas as etapas de construção do dispositivo, de acordo com Roussillon, passam também pela “sagacidade” do terapeuta e pelos modos de presença e mesmo de resistência dos sujeitos do grupo. Ou seja, é uma construção que depende tanto dos participantes do grupo, quanto dos terapeutas.

A respeito dessas modalidades ampliadas da clínica, para além da invenção de dispositivos disparadores, Roussillon (2019) destaca a posição a ser assumida pelo terapeuta, à qual se refere em termos de uma posição “lado a lado”. Esta seria capaz de produzir um efeito terapêutico significativo. Nesses casos, o terapeuta deverá assumir essa postura, caracterizada por partilhar em conjunto a mesma tarefa, dificuldade, desamparo ou desesperança. Ou seja, o clínico se coloca aqui em uma posição de certa horizontalidade com os sujeitos, posição não hierarquizada, a fim de realizar, em conjunto com os sujeitos atendidos, o dispositivo criativo proposto.

Isso se efetiva pela “partilha de afeto” sem a qual não haveria como obter sucesso, segundo o autor, já que uma das grandes agonias psíquicas nas situações limítrofes – experiências subjetivas coletivas ou individuais marcadas por vividos traumáticos, violentos, em diversas vertentes da dimensão de violência – é a sensação de solidão extrema. Desse modo, mesmo que o clínico não possa partilhar de maneira exata as experiências vividas pelo sujeito, devido à “singularidade da experiência subjetiva”, é importante que os sujeitos encon-

trem a presença de uma “testemunha”, que possa dar crédito e qualificar aquilo que eles vivem internamente.

É a partir de uma experiência de sofrimento onde é possível encontrar-se esse testemunhar, que poderá começar a representar vividos cuja representação é singularmente difícil, pois ela favorece a nomeação e qualificação daquilo que é produzido psicicamente nos sujeitos. Visto isso, é essencial sublinhar que, quando se trata do contexto de uma intervenção grupal, os demais participantes do grupo também atuam nesse papel de testemunha, ao validarem e ao se identificarem com as queixas narradas por seus pares. Trata-se da abertura e manutenção de um espaço de escuta e de cuidado psíquico focado na estimulação da fala, da troca de experiências e da produção de narrativas compartilhadas entre pares.

A seguir, analisaremos como numa intervenção social clínica todo esse enlace entre pares, a própria experiência do compartilhamento, conforme temos procurado sublinhar, entre os sujeitos e os terapeutas só se mostra viável a partir do estabelecimento de uma dinâmica de base transferencial.

Dinâmica singular da transferência: múltiplas vertentes em operação

Em *Recordar, repetir e elaborar* Freud (1914/2010) discorre sobre a função e o funcionamento da transferência no processo analítico. Nesse momento, a técnica se afastara da influência por sugestão, tendo desembocado na dimensão transferencial, fundamental para o tratamento. Freud compreende a repetição do analisando como transferência de um passado anterior, englobando diferentes âmbitos desse vivido. Essa noção convoca a ideia de complexidade da temporalidade psíquica, crucial para a psicanálise, o sintoma não se estabelecendo simplesmente como algo histórico, mas sendo uma força atual. O manejo da transferência tem como objetivo a superação das resistências, a transferência sendo uma zona intermediária entre a repetição e a possibilidade de elaboração.

A transferência é, portanto, elemento fundamental do método clínico psicanalítico, compreendida, de forma sumária, como dinâmica relacional que permite a circulação de afetos. Possui caráter estrutural no exercício da escuta, canal por excelência da efetivação do processo terapêutico. A relação transferencial é estabelecida de maneira a permitir uma edição de experiências subjetivas já vividas, que tiveram e permanecem tendo impacto no psiquismo do

sujeito. Cabe ressaltar que a transferência não é um fenômeno exclusivo do *setting* individual, estando também presente em outras modalidades e dispositivos de escuta clínica, por exemplo, nas intervenções grupais. Seu manejo permite que dela seja feito um canal de intervenções pertinentes ao paciente; a presença e trabalho dessa dimensão enquanto instrumento é um dos garantidores da própria dimensão psicanalítica do dispositivo clínico.

O *setting* individual coloca o analista como principal alvo da relação transferencial, enquanto, nos dispositivos grupais, esse contorno ganha outro caráter, com maior multiplicidade de elementos aí implicados, oferecendo diferentes nuances quanto à singularidade da dinâmica transferencial. No caso do dispositivo grupal, ainda que haja uma transferência com o grupo como coletivo em si, ela já se apresenta de maneira distinta por não ser a única via transferencial presente. Opera-se, ao mesmo tempo, a transferência entre pares, a transferência estabelecida do grupo e cada participante com o terapeuta, com a equipe como um todo e, igualmente, uma transferência operada em relação ao próprio dispositivo clínico. São múltiplas as vertentes envolvidas na dinâmica transferencial numa situação terapêutica de tipo ampliado.

Para elucidar especificamente essas diferentes dimensões da transferência, retomaremos a contribuição de Pablo Castanho (2012), porém visando enfatizar, neste momento, a questão da referida multiplicidade de vertentes implicadas na transferência. Pontua o autor a transferência com os coordenadores do grupo, também a transferência estabelecida com os pares, denominada por ele “transferência fraterna”. Ele também aborda a transferência com o coletivo, tomando como objeto o grupo em si. Além disso, outra ideia relevante comentada por Castanho (2012) é a de “intertransferência”, em que se veem aprofundadas as relações transferenciais tendo em vista a posição do terapeuta, a dimensão de contratransferência com o grupo e sua transferência com a equipe.

O dispositivo, enquanto espaço de compartilhamento e de cuidado, com as características próprias que possui quanto a seu funcionamento, também se torna objeto de atenção no que concerne à singularidade da dinâmica transferencial numa modalidade de clínica ampliada. Haveria uma transferência com o próprio dispositivo utilizado, o que se mostra possível a partir da noção de enquadre. Este sustenta o trabalho psicanalítico, circunscrevendo o trabalho clínico, como a escuta do terapeuta e o que se prevê, enquanto dispositivos específicos, para o funcionamento dos encontros.

A complexidade das relações transferenciais estabelecidas nesse contexto distinto do *setting* clássico se dá por meio da presença de um objetivo comum

ao grupo: a realização de uma tarefa em conjunto. Há algo no enquadre do trabalho clínico que favorece a construção de algo coletivo em união, uma tarefa em conjunto. A presença de um objetivo comum é propiciada pelos recursos lúdicos, como já mencionados, que possibilitam a circulação da palavra em uma dimensão simbólica.

A transferência com os pares, elemento relevante e singular numa intervenção social clínica, é fomentada pelo compartilhamento da vivência de cada sujeito participante do grupo, como mostramos anteriormente a respeito do laço identificatório estabelecido entre eles. Nesse tipo de intervenção esse movimento é fundamental, todo o trabalho realizado sendo acionado, de certo modo, pela existência e aprofundamento desse elo comum. É nessa condição constituinte do grupo que o potencial terapêutico irá se apoiar, evocando a empatia e a afinidade a partir de uma experiência subjetiva de pertencimento. Só é possível pensar na ideia de compartilhamento se houver essa vivência de pertencimento.

A implicação no grupo, como, por exemplo, o movimento de dividir experiências e opiniões, fomenta a criação da relação transferencial, levando cada participante a tomar uma posição em relação ao outro. Quando se trata de um grupo em que os membros estão unidos em uma condição de trabalho, os sujeitos trazem situações nas quais são convocados a lidar muitas vezes sozinhos ou com pouco apoio dos outros. Os afetos que surgem no grupo podem despertar a empatia dos colegas, os quais frequentemente enfrentam situações semelhantes.

Devemos também ter em conta a transferência operada entre os terapeutas do grupo e os participantes. Conforme pontua Jorge Broide (2016), é a tarefa proposta na intervenção, por si mesma, que ocupa o centro do trabalho grupal e não o terapeuta que o conduz. Essa ideia é fundamental para se conceber o lugar do coordenador como distinto do lugar de líder, entendendo a posição do terapeuta como aquele que irá intervir. Essa distinção se dá de maneira sutil no dispositivo grupal, em que a própria tarefa implicada toma posição central dentro do trabalho do grupo. A tarefa, em si mesma, é condutora do trabalho e toma a frente do processo analítico.

Outra relevante vertente da relação transferencial implicada nessas modalidades de intervenção clínica é, conforme avançamos anteriormente, a que se estabelece entre os próprios terapeutas, denominada intertransferência por René Kaës (2016). Quando há mais de um terapeuta à frente do dispositivo grupal, há a tendência a uma separação de atividades, de acordo com a temporalidade da intervenção, visando propiciar um ritmo favorável

ao encontro. Essas diferentes posições marcam um trabalho interpretativo em equipe, que leva em conta a subjetividade de cada terapeuta envolvido no trabalho clínico, isso a partir da transferência com a equipe e a contratransferência com o grupo.

Como procuramos desenvolver ao longo deste artigo, a intervenção social clínica abrange processos de elaboração psíquica a partir de demandas de sofrimento psicossocial, as quais são acolhidas e trabalhadas num plano coletivo, o que, como mostramos neste tópico, é permeado por uma dinâmica transferencial múltipla e complexa em suas expressões e manejo.

A título de conclusão

Após termos abordado elementos essenciais do método psicanalítico numa proposta de intervenção social clínica, realizada num contexto especial, grupal, retomamos aqui de forma muito breve alguns aspectos do trabalho específico que veio inspirar, justificar nossa práxis e também a reflexão que sobre ela viemos a fazer. O trabalho clínico realizado, no âmbito do “Projeto Travesia” da SBPRJ, com pequenos grupos de professores do Ensino Básico da rede pública municipal do Rio de Janeiro, promoveu grande abertura na escuta que a eles nos propusemos a oferecer.

Nosso encontro com esses sujeitos – com aqueles que atendemos diretamente numa perspectiva clínica cujo detalhamento foi abordado neste artigo – lhes proporcionou valioso espaço de acolhimento, compartilhamento e troca entre pares. Em nosso entender, esta experiência terapêutica foi apaziguadora e desencadeadora de potencial elaboração interna do sofrimento no cotidiano do seu trabalho. Em vários casos aquilo que oferecemos resultou em abertura à mudança em diferentes âmbitos de seu vivido psicossocial: profissional, pessoal, na relação com alunos, colegas, familiares de alunos e mesmo com as limitações institucionais. Ou seja, trata-se, assim, de amplo campo em que se situa essa esfera particular de exercício profissional tendo em vista seus destinos na vida subjetiva, seja num plano coletivo, prioritário, de certo modo, como móvel dessa práxis, seja num plano individual, por seu forte eco da vida de cada um desses sujeitos.

Numa outra vertente, essa experiência clínica abriu em nós, terapeutas, a perspectiva de efetivação de nova vertente de trabalho, exigindo criatividade e liberdade, mas, ao mesmo tempo, supondo a retomada dos pilares do método clínico psicanalítico. Essa retomada, tendo em vista outro enquadre,

justamente revela, dentre outros aspectos, a complexidade do método psicanalítico e, portanto, seu potencial intrínseco de abertura à “invenção” que comporta intensa e rigorosa atenção à indissociável relação entre psiquismo e laço social, a qual não é algo evidente no exercício da escuta clínica habitual da psicanálise nem nas modalidades de intervenção em geral, previstas e classicamente exercidas.

Nos grupos de professores aos quais propusemos nossa intervenção social clínica –conforme nossa escuta “flutuante” e atenta acompanhou – sem dúvida isto representou para eles a possibilidade de, a partir de uma aliança terapêutica estabelecida conosco, dedicarem uma escuta e um cuidado a si próprios e ao “outro”. E, numa outra via, por meio de uma aliança equivalente com integrantes do próprio grupo, puderam dar-se conta da relevância de sua dor e de seu sofrimento psíquico, de seus ideais e limites de sua existência e, também, de seus contornos narcísicos e alteritários. Através da vivência experimentada em ato e em palavra nos encontros clínicos, os professores se confrontaram e lidaram com processos de natureza identificatória implicados no compartilhamento entre pares. E, assim – como ocorreu em vários casos – puderam encontrar meios de abertura para uma mudança na qualidade das trocas futuras entre eles e nas múltiplas relações que fazem parte do ambiente de trabalho.

Em suma, conforme descrito e comentado no decorrer deste texto, mediante os singulares encontros terapêuticos com os grupos de professores, a intervenção clínica pôde favorecer novos elementos de troca entre esses sujeitos, considerando-se a relação consigo mesmos e com o outro. A perspectiva de mudança de posição subjetiva se ancorou numa dinâmica de tipo transfe-rencial que moveu os encontros de grupo, neste caso, ajustada a um enquadre “extramuros” – diverso do clássico. Por se dar num contexto clínico com objetivo e manejo singulares, uma nova qualidade de *ambiente* e de cuidado abriu espaço para uma “entrada de luz”. E isto foi capaz de gerar mudança no vivido desses sujeitos, individualmente e no coletivo, tendo como base o cotidiano das relações de trabalho, esfera tão preciosa da subjetividade humana.

Tramitação

Recebido 02/08/2023

Aprovado 18/09/2023

Referências

- BROIDE, J. A transferência e o território: algumas considerações. In: BROIDE, J.; BROIDE, E. *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. São Paulo: Editora Escuta, 2016.
- CASTANHO, P. *Um modelo psicanalítico para pensar e fazer grupos em instituições*. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- FREUD, S. (1911-1913). *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em uma autobiografia ("o caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos. Tradução de Paulo César Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 193-209. (Obras completas, 10.)
- KAËS, R. *As alianças inconscientes*. São Paulo: Ideias & Letras, 2016.
- ROUSSILLON, R. *Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia*. São Paulo: Blucher, 2019.
- SATO, F. G. *et al.* O dispositivo grupal em psicanálise: questões para uma clínica política do nosso tempo. *Revista psicologia política*, São Paulo, v. 17, n. 40, p. 484-499, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2023.