

QUANDO O MAL É A ANGÚSTIA: UM ESTUDO DE CASO PROVENIENTE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Marlon Pan Chacon di Santos & Medeiros¹

Gabriela Costa Moura²

Psicologia



**cadernos de
graduação**

ciências humanas e sociais

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

O caso tratado neste estudo é o de Luiz, que tem uma estrutura psíquica de neurose histérica de angústia, por ter sido evidenciado os principais sintomas característicos desse tipo de neurose, tais como: irritabilidade geral, expectativa angustiada e a ansiedade / angústia, na sua principal forma de manifestação. Foram também apresentados os pontos que puderam ser trabalhados durante o processo psicoterápico de Luiz. O presente trabalho intencionou, também, apresentar a experiência de estágio específico II, em psicanálise, que ocorreu no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) do Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Para tal, procurou-se: fundamentar a teoria psicanalítica; discutir sobre a experiência no estágio e explicitar um dos casos atendidos, articulando-o com a teoria psicanalítica. A pesquisa aqui utilizada é de caráter qualitativo. O aporte teórico que fundamenta tanto a prática do estágio quanto a metodologia aplicada no estudo é a psicanálise freudiana. Essa marca sua singularidade metodológica na investigação da subjetividade humana e enfatiza o poder da fala no processo psicoterápico por parte do paciente e da escuta clínica por parte do terapeuta. O encontro entre paciente e terapeuta consiste numa entrega total e única, entre o ser em análise, o ser que analisa e a fala que medeia e entrelaça esse íntimo momento. Toda a experiência vivenciada teve um caráter edificante, que permitiu um aprimoramento constante do ser profissional.

PALAVRAS-CHAVE

Neurose de Angústia. Psicanálise. Experiência de Estágio.

ABSTRACT

The case evidenced in the study is that of Luiz, who has a psychic structure of hysterical anxiety neurosis, since the main characteristic symptoms of this type of neurosis have been evidenced, such as: general irritability, anxious expectation and anxiety / distress in his Main form of manifestation. It was also presented the points that could be worked during the psychotherapeutic process of Luiz. The present work also intends to present the experience of specific stage II, in psychoanalysis, that occurred in the Center of Applied Psychology - CPA of the University Center Tiradentes - UNIT. To this end, we sought to: base psychoanalytic theory; Discuss about the experience at the stage and explain one of the cases attended, articulating it with psychoanalytic theory. The research used here is qualitative. The theoretical contribution that bases both the practice of the stage and the methodology applied in the study is Freudian psychoanalysis. This marks its methodological uniqueness in the investigation of human subjectivity and emphasizes the power of speech in the psychotherapeutic process on the part of the patient and the clinical listening on the part of the therapist. The meeting between patient and therapist consists of a total and unique surrender between the being in analysis, the being that analyzes and the speech that mediates and interweaves this intimate moment. All the lived experience had an edifying character, which allowed a constant improvement of the professional being.

KEYWORDS

neurosis of anguish; psychoanalysis; Experience of internship.

1 INTRODUÇÃO

Objetiva-se aqui, discutir um caso clínico atendido no estágio específico II, em psicanálise, que ocorreu no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) do Centro Universitário Tiradentes (UNIT). O percurso metodológico foi traçado da seguinte forma: fundamentar a teoria psicanalítica; debater sobre a experiência no estágio e explicitar um dos casos atendidos, articulando-o com a teoria psicanalítica.

A experiência de estágio proporciona um laboratório vivencial em que o estagiário irá atuar em prol da sua construção profissional, vivenciando situações que farão parte de sua rotina de trabalho, adquirindo assim, experiência da profissão em exercício. É o momento em que o estagiário colocará em prática todos os princípios que foram transmitidos e todo saber que adquiriu durante o período que estudou.

A pesquisa utilizada é de caráter qualitativo que segundo Dalfovo, Lana e Silveira (2008), é quando a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números ou, então, os números e as conclusões neles baseados representam um papel menor na análise.

No estágio do ênfase II, em clínica, do Centro Universitário Tiradentes (UNIT), um dos aportes teóricos que fundamenta a atuação profissional é o que foi escolhido para embasamento da atuação do estagiário que desenvolve o presente relatório: a psicanálise.

No que se refere a clínica, os atendimentos ocorrem numa clínica-escola nas dependências do UNIT, especificamente no CPA. Os atendimentos psicoterápicos são gratuitos e com um público bastante variado. O CPA acolhe uma demanda grande de atendimentos psicológicos, o que contribui ainda para a existência de alguns pontos que precisam ser ajustados, principalmente no que se refere a capacidade de salas que possam comportar todos os atendimentos e a forma de agendamento das salas para os estagiários que ainda não atendem a necessidade prática.

No que diz respeito à linha teórica profissional, a psicanálise concentra sua atuação no poder da fala (associação livre) e na importância da escuta clínica (atenção flutuante), no sentido em que o terapeuta ao devolver o discurso ao paciente, irá realizar pontuações precisas que o leve a *insights* que transformem o sofrer em experiência. Fundamenta-se então, no modelo da psicopatologia fundamental que transforma aquilo que causa sofrimento em ensinamento interno e no diagnóstico estrutural onde o indivíduo é percebido por meio do funcionamento de sua estrutura psíquica (CECCARELLI, 2005).

Alguns pontos singularizam a linha teórica psicanalítica no que se refere a prática profissional. O número de sessões semanais, por exemplo, são duas para cada paciente e existe um tempo base para cada sessão que é de 30 minutos, podendo esse tempo ser alterado conforme as demandas trazidas pelos mesmos. As supervisões são realizadas uma vez por semana, no próprio CPA com a supervisão de Gabriela Costa Moura.

2 APORTE TEÓRICO PSICANALÍTICO

Para a psicanálise freudiana o indivíduo é percebido conforme sua estrutura psíquica. Essa concepção é que rege o diagnóstico em psicanálise, denominado de diferencial e/ou estrutural. São as estruturas psíquicas: psicose, perversão e neurose, que determinam o funcionamento psíquico do indivíduo (RODRIGUES, 2000).

As estruturas da psique, segundo Roudinesco e Plon (1998), teriam sua origem melhor explicada da seguinte maneira: a neurose é o resultado de um conflito com o recalque; a psicose deriva da reconstrução de uma realidade alucinatória e a perversão é a renegação da castração, onde o indivíduo terá uma fixação na sexualidade infantil.

Segundo Ceccarelli (2005), o âmago da psicopatologia fundamental, que consiste na área psicanalítica que estuda o sofrimento psíquico, está em trazer para o indivíduo aquilo que o sofrimento ensina. Por meio da escuta direcionada ao sujeito – que traz uma narrativa singular a respeito do seu *pathos* (paixão) – é que o *pathos* é resgatado, e assim, o sofrimento é transformado em experiência, ensinamento interno.

É pela fala que a dor promove a escuta, quando essa escuta é terapêutica, possibilita recursos necessários para transformar essa dor em experiência. Neste sentido, o diagnóstico para a Psicopatologia Fundamental é apenas um recurso que orienta a escuta e norteia o caminho terapêutico e não uma forma classificatória-ideológica (CECCARELLI, 2005).

Na prática clínica, são utilizadas as técnicas psicanalíticas de associação livre e de atenção flutuante. De acordo com Sigmund Freud (1912/1996, p. 68), fundador da psicanálise, na associação livre: “[...] deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará”. Ou seja, o analisando falará de forma livre, tudo o que vem a sua cabeça, desprendido de qualquer interferência que vise nortear um caminho discursivo por parte do analista. No que se refere ao analista:

Ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à ‘memória inconsciente’. [...] em termos técnicos: “Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa”. (FREUD, 1912/1996, p. 83).

O analista, por sua vez, irá colher tudo o que for dito pelo analisando, sem se deter a pontos importantes, mas sim, entender que todo o discurso trazido para o processo é importante (FREUD, 1912/1996).

As técnicas psicanalíticas levaram Sigmund Freud ao descobrimento de dois termos importantes para o processo analítico: a transferência e a resistência. Segundo Freud (1912/1996) da mesma forma que a transferência é o eixo do processo analítico, também pode se tornar uma resistência a ele. A resistência, segundo ele, é o ponto que interrompe a associação livre do analisando.

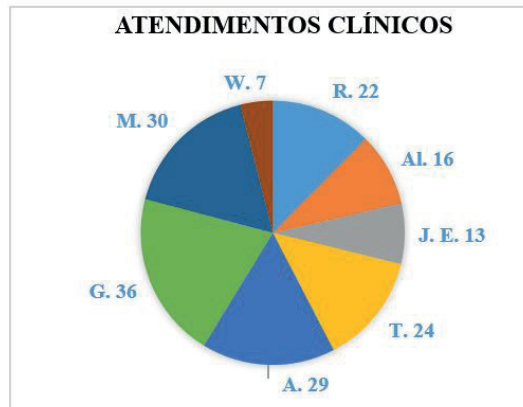
A transferência é comumente confundida com outro termo importante no processo analítico, a repetição, que Freud fundamenta da seguinte maneira: “[...] o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem “[...] saber que o está repetindo” (FREUD, 1914/1996, p. 165).

É justamente no inconsciente que se encontra todo o material reprimido. Segundo Coutinho e Ferreira (2005), a concepção de inconsciente é retomada por Lacan como pulsão temporal de abertura e de fechamento, que é estruturado como forma de linguagem. É por meio da fala, pontua os autores, que o inconsciente vai se estruturando e o material recalçado vai vindo à tona, é nisso, que se constitui a relação analítica, fundamentada, na tríade: analista, analisando e palavra.

Outro ponto que se faz importante elucidar é a metodologia psicanalítica que de acordo com Nogueira (2004), o que diferencia a metodologia em psicanálise dos outros meios de pesquisa é a investigação da subjetividade. Freud entendia que a direção da pesquisa psicanalítica é dada pela experiência psicanalítica e dava essa direção de sua investigação no sentido da experiência da clínica e na teoria (FREUD, 1924 [1923]/1976).

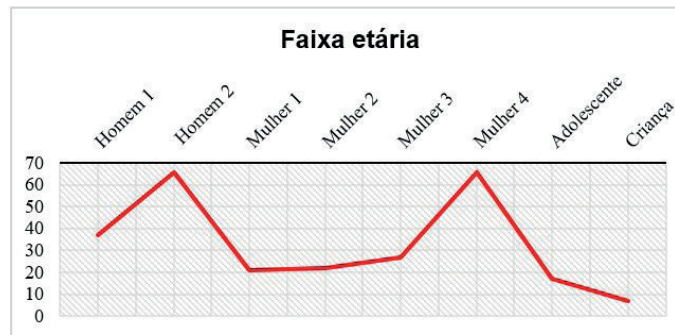
3 EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Foram realizados 145 atendimentos clínicos, com oito pacientes (M., W., R., Al., J. E., T., A., e G.) em dois encontros semanais. O gráfico a seguir ilustrará os atendimentos efetuados divididos por paciente:



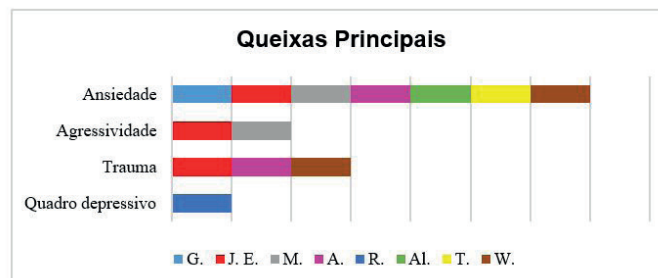
Fonte: Dados da pesquisa.

Os atendimentos foram efetuados com dois homens: um de 37 anos e outro de 58; quatro mulheres: uma de 21, outras de 22, 27 e de 66 anos; uma adolescente de 17 anos e a criança de sete, como demonstra o gráfico abaixo:



Fonte: Dados da pesquisa.

As queixas principais podem ser vistas da seguinte maneira:



Fonte: Dados da pesquisa.

4 PERDIDO EM SI: UM ESTUDO DE CASO

Luiz (nome fictício) tem 37 anos, ensino médio completo, mora em Maceió, trabalha de Barman, nível socioeconômico é médio baixo e é de religião protestante. Chegou relatando que foi diagnosticado com Transtorno Depressivo (CID F33), por conta de duas traições que sofreu da esposa. Depois da primeira traição começou a apresentar os seguintes dados sintomáticos: não conseguia comer, tomar banho, tinha muitos calafrios, perdia a direção quando ia para lugares. Essas reações eram acompanhadas de algo que sentia com maior intensidade, uma espécie de vazio, uma sensação no peito, algo que não sabia nomear e que trazia, em alguns momentos, como uma angústia. Esses sintomas apareciam quando Luiz lembrava ou se deparava com situações que o fizesse lembrar das traições da esposa.

A estrutura psíquica de Luiz se trata de uma neurose histérica de angústia. Segundo Roudinesco e Plon (1998, p. 647) a neurose seria o resultado de um conflito com o recalque. Os mesmos autores pontuam que o recalque seria o “processo que visa a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer”.

Neste sentido existirão conteúdos submersos ao campo inconsciente, que entrarão em desacordo, desordem com o eu e reverberarão nas neuroses. Essas neuroses são divididas em duas formas: as neuroses obsessivas e as neuroses histéricas.

Sigmund Freud (1926 [1925] /1996) afirmou que na neurose obsessiva esse conflito é agravado em duas direções: as forças defensivas se tornam mais intolerantes e as forças que devem ser desviadas se tornam mais intoleráveis. Ambos os efeitos se devem a um único fator, a saber, a regressão da libido. A neurose obsessiva é caracterizada pela presença de ideias persistente que tomam conta do indivíduo.

Por outro lado, “a histeria baseia-se total e inteiramente em modificações fisiológicas do sistema nervoso” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 36). Consiste numa neurose no sentido mais estreito da palavra, de modo que seus sintomas, diversas vezes, são confundidos com os sintomas de uma doença. Seus sintomas podem ocorrer de forma súbita – por ataques convulsivos semelhantes a ataques epiléticos; e/ou de forma mais duradoura – por de distúrbios da sensibilidade como anestesia, distúrbios da atividade sensorial que afetam os órgãos dos sentidos (paladar, olfato, tato, audição e visão) (FREUD, 1888/1996).

Freud funda duas formas de histeria: a histeria de angústia que tem como sintoma central a fobia; e a histeria de conversão, que se manifesta no corpo por meio das representações de conteúdo sexuais recalçados. E foi por meio do caso de fobia pequeno Hans que ele enfatizou que na histeria de angústia, a libido, que tinha sido libertada do material patogênico pela repressão, não é convertida (isto é, desviada da esfera mental para uma inervação somática), mas é posta em liberdade na forma de ansiedade, o medo (FREUD, 1909/1996).

Antes de elucidar melhor como chegou-se ao entendimento de que, a estrutura psíquica de Luiz se trata de uma neurose de angústia, faz-se necessário, a priori,

retornar a história clínica do paciente. Luiz teve uma infância difícil, disse que o pai era muito ausente com ele e com os irmãos. Que o pai possuía um “espírito de prostituição”, pois, traía a mãe, era muito mulherengo e não conseguia ficar com uma única mulher. Disse ser muito religioso que os preceitos do protestantismo são determinantes na sua vida. É muito apegado a mãe, que devido a primeira traição também acabou entrando em quadro depressivo, e desde então, evita a todo modo fazer algo que venha a despontá-la.

Coloca que desde muito novo sempre apresentou uma dificuldade em tomar decisões, tanto que em seus relacionamentos, eram as parceiras que terminavam, apesar de ele entender que não estava dando mais certo continuar com o relacionamento, ainda assim, apresentava muita dificuldade em terminar.

Trouxe que no início da fase adulta conheceu uma mulher que morava na cidade em que ele morava e que se apaixonou perdidamente, “ela era como sempre imaginei, branquinha, cabelo preto longo, magra” (SIC), pontua. Porém ela recusou-se a se envolver com Luiz por ele já ter se envolvido com sua irmã.

Algum tempo depois, ele conheceu a atual esposa, segundo ele, ela era o oposto de tudo que havia imaginado: “ela é negrinha (não que eu tenha preconceito), gordinha” (SIC), mas os dois acabam se envolvendo, namoram, ela engravida e os dois casam.

Posterior ao casamento os dois foram morar na casa de um amigo, onde esse amigo e a esposa dividiam a casa com Luiz sua esposa e o filho. Esse período descreve como infernal, pois, o casal de amigos começou a humilhá-los dentro da casa, como uma forma de apressar a saída deles. Coloca que sabia que deveria tomar a decisão de sair daquela casa, a esposa pedia que ele tomasse um posicionamento, caso contrário ia abandonar o casamento e ele não conseguia. Coloca que o auge das humilhações foi quando o casal de amigos começou a quebrar / reformar a parte da casa em que Luiz, a esposa e o filho moravam, esse foi o ponto crucial para que eles então saíssem.

Diz que quando resolveram sair do relacionamento já estava estremeado, ele então decide, a pedido da esposa, montar um salão de beleza para a ela. É quando a esposa conhece um rapaz e passa a estabelecer um relacionamento extraconjugal. Disse que foi um período de grande sofrimento em que teve que deixar o emprego e começou a desenvolver os ataques de angústia. Atribuía a responsabilidade dessa traição ao período que vivenciou na casa dos amigos.

Colocou que foi um período de muitas orações na igreja, muitos conselhos dos amigos, até o momento que a companheira sai do relacionamento extraconjugal, volta a se converter e pede perdão a ele. Ela também pede para reatar o casamento. Ele primeiro contrata um “olheiro” para investigar o comportamento da esposa, se ela realmente havia terminado o relacionamento. Com o aval do olheiro então decide voltar.

Passam um tempo tranquilos, relata Luiz, é quando a esposa conhece outro rapaz e estabelece outro relacionamento extraconjugal. Luiz começa atribuir a responsabilidade das traições da esposa ao fato dela ter uma sensibilidade de caráter, que era hereditária (já que outras pessoas na família dela também traiam) e que fazia com que ela traísse. Disse também que existia um espírito maligno que havia se apoderado de seu corpo durante esses períodos, fazendo com que ela se envolvesse com outros homens.

Com essa história clínica, foi trabalhado com o paciente no sentido de que sua estrutura psíquica era uma neurose histérica de angústia. Segundo Freud (1894/1996) esse tipo de neurose – abrange os seguintes sintomas:

1 - Irritabilidade geral: este é um sintoma nervoso comum e, como tal, pertence a outros *status nervosi*. O mencionamos aqui porque aparece invariavelmente na neurose de angústia e é teoricamente importante. A irritabilidade aumentada aponta sempre para um acúmulo de excitação ou uma incapacidade de tolerar tal acúmulo – isto é, para um acúmulo absoluto ou relativo de excitação. Uma das manifestações dessa irritabilidade aumentada parece-nos merecer menção especial; refirimo-nos à hiperestesia auditiva, a uma hipersensibilidade a um ruído específico. A hiperestesia auditiva revela-se frequentemente como sendo causa de insônia, da qual mais de uma forma pertence à neurose de angústia (FREUD, 1894/1996). No paciente se configurava nas vezes em que falava que não tinha muita paciência no trabalho, qualquer coisa o irritava, se irritava principalmente em casa por causa da voz da esposa (hipersensibilidade a um ruído específico). A insônia também é apresentada pelo paciente.

2 - Expectativa angustiada: naturalmente, a expectativa angustiada se esmaece e se transforma imperceptivelmente na angústia normal, compreendendo tudo o que se costuma qualificar de ansiedade – ou tendência a adotar uma visão pessimista das coisas; no entanto, em qualquer oportunidade ela ultrapassa a angústia plausível dessa natureza e é frequentemente reconhecida pelo próprio paciente como uma espécie de compulsão. A expectativa angustiada é o sintoma nuclear da neurose. Também revela abertamente uma parte da teoria da neurose. Talvez possamos dizer que existe nesses casos um quantum de angústia em estado de livre flutuação, o qual, quando há uma expectativa, controla a escolha das representações e está sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado (FREUD, 1894/1996). No paciente se configura com o próprio estado de dispersão, de não ter expectativa de futuro. Os conteúdos representativos a quais se liga intensamente: os relacionamentos extra-conjugais que estabeleceu, as amizades, a religião, os jogos de azar.

3 - A ansiedade: que, embora fique latente a maior parte do tempo no que concerne à consciência, está constantemente à espreita no fundo – tem outros meios de se expressar, além desse. Pode irromper subitamente na consciência sem ter sido despertada por uma sequência de representações, provocando assim um ataque de angústia. Esse tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia, sem nenhuma representação associada, ou ser acompanhado da interpretação que estiver mais à mão, tal como representações de extinção da vida, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia (similar à aura histérica pode combinar-se com o sentimento de angústia, ou, finalmente, o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora, ou a atividade glandular. Sua descrição, o sentimento de angústia frequentemente recua

para o segundo plano ou é mencionado de modo bastante irreconhecível, como um “sentir-se mal”, “não estar à vontade”, e assim por diante (FREUD, 1894/1996).

O paciente apresenta os ataques de angústia nas vezes que se depara com situações, lugares, pessoas que o façam lembrar das traições da esposa. A angústia em segundo plano se configura quando o paciente diz: “Não me sinto à vontade na presença dela”, “ela não me faz bem” (SIC).

Existem outros sintomas que estão associados a neurose de angústia, como o acordar em pânico à noite “que em geral se combina com angústia, dispnéia, suores etc., muitas vezes nada mais é do que uma variante do ataque de angústia. Esse distúrbio é determinante de uma segunda forma de insônia dentro do campo da neurose de angústia” (FREUD, 1894/1996, p. 53). A vertigem que consiste num estado específico de mal-estar, acompanhado por sensações de que o solo oscila, as pernas cedem e é impossível manter-se em pé por mais tempo; enquanto isso, as pernas pesam como chumbo e tremem, ou os joelhos se dobram (FREUD, 1894/1996, p. 53).

Dentre os mecanismos de defesa que o paciente apresentou, destaca-se a introjeção que segundo Roudinesco e Plon (1998, p. 397) significa “A maneira como um sujeito introduz fantasisticamente objetos de fora no interior de sua esfera de interesse”. Muito do que pertencia a Luiz era construído por outras pessoas, principalmente pela igreja.

Ele estava nesse relacionamento e havia reatado, muito por conta da construída de que casamento é para a vida inteira, do que os amigos colocavam, pelo que o pastor pregava, por pensar na mãe, para que o filho não fique sem pai. O que não era priorizado era o que Luiz realmente queria, sobretudo, saber realmente o que era dele e o que era do outro. Desta forma ele perdia-se inteiramente e completamente em si.

Os pontos principais que foram trabalhados no processo terapêutico:

1 - Desvio das responsabilidades: foi observado que o paciente tentava a todo modo desviar as responsabilidades dos eventos. Na primeira traição a culpa foi transferida para casa. Na segunda a um espírito que tivera tomado conta da esposa, a reconciliação colocava que ocorreu para que a esposa tivesse uma outra chance, pelo fato dela ter pedido. Trouxe ainda os relacionamentos extraconjugais que ele estabeleceu, colocando que depois das traições da esposa despertou nele o desejo em conhecer novas pessoas, responsabilizando à um “espírito de prostituição” advindo do pai. Desta forma, foi propiciado um campo para que Luiz pudesse perceber que ele desviava as responsabilidades dos eventos como uma forma de torna-los mais aceitáveis. Racionalizava-os.

2 - Enxergar o relacionamento e que ele representa: por meio das devoluções verbais, pontuações nos discursos do paciente, pode-se propiciar um campo que o conduzisse a enxergar o que ele realmente sente com relação ao seu casamento, sentimentos esses que estavam intrínsecos em suas falas: “Eu não a amo”; “não me sinto bem perto dela”; “não tenho motivação dentro de casa para fazer nada”; “não deveria ter reatado o casamento”; “quando ela viaja me sinto melhor dentro de casa”

(SIC). Essas falas eram compensadas com colocações, tais como: “Tá tudo bem, tudo tranquilo” (SIC).

3 - Jogo de azar: disse que esteve num período muito difícil financeiramente, por conta principalmente das dívidas da esposa, tendo que cumprir horas extras para sair do vermelho. No final do expediente os colegas de trabalho começaram a jogar baralho apostado e que ele apesar de saber que não deveria jogar, chegou a perder R\$180,00 numa partida. Demonstrou muita dificuldade em deixar o jogo: “Eu sei que não deveria estar ali, que não me faz bem, me traz consequências negativa, mas, não consigo sair” (SIC). Houve a seguinte intervenção: você remete essa situação a alguma outra? “Sim, ao meu casamento, só que no jogo eu tenho prazer” (SIC).

4 - A causa do sofrimento / os ataques: a partir do momento em que Luiz começa a enxergar que é esse relacionamento que causa seu sofrimento, que é essa esposa que o incomoda, essa voz que o irrita, essa figura com a qual ele não confia e o reporta a todo momento a época em que sofreu, os ataques começaram a diminuir significativamente. Atualmente, está se trabalhando a tomada de decisão o poder de escolha, no sentido de que por mais que seja difícil tomar uma decisão e concretizá-la por meio da ação, ao não fazê-la também estará se fazendo uma escolha: a escolha de não fazer uma escolha. Então, hoje ao escolher não sair do relacionamento, ele escolhe automaticamente permanecer, abraçar esse sofrimento. Escolhe, desta forma, perder-se em si.

5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O estágio proporciona uma experiência inigualável, no que diz respeito a prática profissional. A cada sessão, o novo se apresenta como uma espécie de exercício, possibilitando o conhecimento de novos mundos, novos horizontes, novas verdades. O encontro com o paciente consiste numa entrega total e única, entre o ser em análise, o ser que analisa e a fala que medeia e entrelaça esse íntimo momento. Duas pessoas que não se conhecem e que se “permitem” ao estabelecimento de um encontro tão profundo e terapêutico.

Despir-se de suas próprias verdades e priorizar única e exclusivamente a verdade do outro, não é tarefa fácil durante o atendimento clínico, mas, ao longo das sessões, pode-se entender o quanto é fundamental e necessário. As vivências que são trazidas pelos pacientes, não podem ser influenciadas pelas concepções éticas do terapeuta, uma vez que essas situações vivenciadas pelo paciente foram protagonizadas por ele.

Ao terapeuta psicanalítico, cabe o preciso e minucioso papel de devolver ao paciente suas próprias construções, pontuando o discurso e o defrontando com as próprias falas. Fazendo-o enxergar o seu próprio dito, o que ele verbaliza, mas, que muitas vezes não percebe.

No que se refere a clínica onde os atendimentos acontecem, ainda há alguns pontos que precisam ser aprimorados. A clínica ainda não possui salas que comportem

a demanda intensa de atendimentos, o que acabou culminando na impossibilidade de realizar alguns atendimentos. Os agendamentos dessas salas, também é outro ponto que precisa de uma atenção especial.

Referente ao arcabouço teórico utilizado como caminho da atuação profissional do presente estagiário, foi percebido que a grade curricular do curso de psicologia do UNIT, deixa muito a desejar sobre o conhecimento psicanalítico. Enquanto estagiário, as supervisões de Gabriela Moura, foi o norte condutor e esclarecedor sobre essa linha teórica tão importante e que funda a própria psicologia, já que os pontos estudados sobre psicanálise ao longo do curso, eram insuficientes para a prática profissional.

Em suma, o estágio específico em psicanálise, é uma consistente escola, onde o estagiário poderá aprender lições práticas, discutir pontos importantes e conhecer de forma consistente como a teoria psicanalítica funciona na prática profissional clínica.

REFERÊNCIAS

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental. **Psicologia em estudos**, Maringá, v.10. n.3. p.471-477, 2005.

COUTINHO J.M.A.; FERREIRA, N. **Lacan, o grande freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. V.1. 10.ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. p.66-70.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p. 1-13, 2008. Sem II.

FREUD, S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia' In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. (1894). V.III, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.107.

FREUD, S. Uma breve descrição da psicanálise. In: **O ego e o id, uma neurose demoníaca do século XVIII e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.237-259. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XIX).

FREUD, S. Histeria. In: **Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. V.I, Rio de Janeiro: Imago, (texto original publicado em 1888)1996.

FREUD, S. (1912). O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V.XII, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.60-90.

FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V.XII, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.191-203,

FREUD, S. Inibições, Sintomas e Ansiedade. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V.20. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926 [1925]) 1996. p.79-171.

FREUD, S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V.7, Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1909), 1996. p.11-154.

NOGUEIRA, L.C. Aula a pesquisa em psicanálise. **Instituto de Psicologia USP**, v.15, n.1/2, p.83-106, 2004.

RODRIGUES, M.J.S.F. **O diagnóstico de depressão**. Núcleo de Estudos de Pesquisas Psicanalíticas da Psicose na Infância Instituto de Psicologia – USP, v.11, n.1, p.155-187, 2000.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Trad. RIBEIRO, V.; MAGALHÃES, L. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Data do recebimento: 6 de setembro de 2017

Data da avaliação: 20 de setembro de 2017

Data de aceite: 3 de Outubro de 2017

1 Graduando do 10º período de psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT.

E-mail: marlokkopan@gmail.com

2 Mestra em Psicologia pela UFAL; Professora do Centro Universitário Tiradentes – UNIT.

E-mail: gabrielamourapsi@gmail.com