

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THAYANE BITTENCOURT BORGES DE MELO

**HELENA, ENTRE A MULHER E A MÃE: UMA REFLEXÃO CLÍNICA EM
PSICANÁLISE**

NATAL/RN

2017

THAYANE BITTENCOURT BORGES DE MELO

**HELENA, ENTRE A MULHER E A MÃE: UMA REFLEXÃO CLÍNICA EM
PSICANÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso referente à graduação em Psicologia apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Mestre Erick Leonardo Pereira

NATAL/RN

2017

THAYANE BITTENCOURT BORGES DE MELO

**HELENA, ENTRE A MULHER E A MÃE: UMA REFLEXÃO CLÍNICA EM
PSICANÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso
referente à graduação em Psicologia
apresentado ao Centro Universitário do
Rio Grande do Norte (UNI-RN) como
requisito final para obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Erick Leonardo Pereira

Prof. Orientador

Tamara Carvalho da Costa

Leitora

Este trabalho é dedicado especialmente ao meu eterno avôhai (avô e pai): Edson Cacho Borges (in memoriam). O brilho do seu sorriso marcou a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus de milagres que me fez crer no impossível. Sem Ele, não sou.

Ao Douglas Bittencourt Borges de Melo (irmão), meu sonho, meu maior amor.

À minha mãe Geórgia Bittencourt Borges, pelo exemplo de fé.

À Germana Bittencourt Borges (tia e mãe), Karolina Esther Borges (prima e irmã), Maria da Conceição F. Borges (madrinha), Amanda Sales (prima), Ana Sales de Melo(avó), Solange Moreira (tia) e Rodrigo Figueredo (sobrinho, pérola do sol).

Aos meus tios queridos Edson Cacho Borges e Augusto Cacho Borges.

À minha avó Vera Bittencourt. Sua luz ilumina a minha vida. Sua elegância me inspira.

À minha grande irmã Giorgiane Lopes de Moura, meu Cavalo Marinho.

À Samantha Bittencourt e Bibi Bittencourt. Saudades!

À Kátia Brandão, pessoa de luz que encontrei na faculdade. Agradeço seu companheirismo que tornou a caminhada mais leve, a confiança, a sinceridade e as caronas até o meu trabalho.

Às minhas amigas queridas e admiráveis: Myrlla Ferreira de Almeida, Layza do Nascimento, Caroline Souza, Gisele Oliveira, Keila Regina, Thays Brandão, Cláudia Moraes, Lídia Rodrigues, Bruna Job e Pamella Cecília.

Ao Kelvin Rodrigues Quaresma e Bruno Souza, amigos incondicionais.

Ao Renato Noronha Barbalho, pela sua torcida carinhosa.

Aos professores Erick Leonardo (professor e orientador), pelo aprendizado compartilhado e compreensão durante o ano todo; Glaucineia Gomes, linda feito poesia, e Izabel Christina Feitosa, profissional encantadora. Sou imensamente grata por todos os ensinamentos de vocês.

Ao teórico que marcou a minha vida acadêmica, profissional e pessoal, Sigmund Freud.

À atriz Audrey Hepburn pelas frases e atitudes de amor e pelo gosto por tudo o que é belo. Inspiração, feminilidade e bondade.

Ao Marcio José, pelo “Bom dia!” de todos os dias na entrada da faculdade.

Em especial, aos meus pacientes, que abriram o livro de suas vidas e que tornaram possível a construção desse trabalho.

“O coração de uma mulher é como um oceano profundo, cheio de segredos”.

(Personagem Rose, em Titanic, 1997).

RESUMO

Sigmund Freud, médico vienense e criador da psicanálise, dedicou anos de estudo à compreensão da feminilidade, iniciando seu trabalho através da escuta de mulheres histéricas, sendo a histeria uma doença causada por motivos psíquicos. Para Freud, a questão da feminilidade foi como um enigma: o que quer uma mulher? Até os dias hodiernos, a sexualidade feminina e a feminilidade seguem como um mistério na história da humanidade. Consequentemente, a atemporalidade deste tema oportunizou o presente relatório de estágio que se encontra pautado à luz da teoria psicanalítica, articulando teoria, clínica e investigação dos processos mentais e inconscientes. Dito isso, será apresentado um estudo de caso que se encontra às voltas com o enigma do desejo feminino. Todo o material explanado foi possível através de uma escuta clínica ética, sigilosa e que entende que a resposta da questão feminina é de caráter singular.

Palavras Chave: Psicanálise. Desejo feminino. Feminilidade. Sexualidade feminina.

ABSTRACT

Sigmund Freud, a Viennese physician and creator of psychoanalysis, devoted years of study to the understanding of femininity, beginning his work by listening to hysterical women, hysteria being a disease caused by psychic reasons. For Freud, the question of femininity was like an enigma: what does a woman want? Up to the present day, female sexuality and femininity follow a mystery in the history of humanity. Consequently, the timelessness of this theme has provided the present stage report that is based on the light of psychoanalytic theory, articulating theory, clinic and investigation of the mental and unconscious processes. Having said that, a case study will be presented that meets the riddles with the enigma of female desire. All the material explained was possible through a clinical, ethical and confidential listening and that understands that the answer of the feminine question is of singular character.

Keywords: Psychoanalysis. Female desire. Femininity. Female Sexuality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 A HISTÓRIA DA PSICANÁLISE.....	11
2.2 PRINCIPAIS CONCEITOS DA PSICANÁLISE E SUA DIMENSÃO CLÍNICA.....	13
3 SOBRE O INÍCIO DO TRATAMENTO	17
4 ESTUDO DE CASO	20
4.1 HELENA: FILHA, MULHER, MÃE	21
4.2 HELENA E SEUS AMORES	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE	33

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso será exposto à luz da Teoria Psicanalítica introduzida por Sigmund Freud. A psicanálise revolucionou a forma de pensar sobre a vida psíquica. Trata-se de um método de investigação e uma prática profissional que teve sua origem a partir da escuta de mulheres histéricas, doença na qual não se justificava por motivos físico-biológicos, mas psíquicos.

Dedicando anos de sua vida a escuta feminina, Freud (1923-1925/1976, p. 212) chamou as questões da feminilidade de “continente obscuro”. E na Conferência XXXIII sobre feminilidade, profere que através da história da humanidade, a feminilidade carrega um legado enigmático (FREUD, 1932-1936/1933, p. 76).

Foi pensando nos mistérios do desejo feminino que este trabalho surgiu como uma tentativa de aprofundar os conhecimentos sobre este conteúdo, sustentado metodologicamente pelas contribuições teóricas e práticas da psicanálise. Dito isso, será explanado um estudo de caso atrelado ao tema que foi proporcionado pela experiência dos atendimentos psicoterápicos na prática clínica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A HISTÓRIA DA PSICANÁLISE

Sigmund Freud, o criador da Psicanálise nasceu em 06 de maio de 1856 em Freiberg, na Morávia, permanecendo por quatro anos. Em seguida mudou-se com a família para Viena, onde recebeu sua educação e residiu até 1939. Escolheu a medicina como profissão mais por curiosidade inclinada as questões humanas do que para objetivos naturais. Recebe em novembro de 1882 de seu amigo Joseph Breuer (1842-1925), que naquela época já possuía alta reputação enquanto médico com reconhecidos feitos científicos, na cidade de Viena, o relato do caso de Anna O. finalizado em junho de 1882.

A paciente de Breuer sofria com paralisia acompanhada de contrações musculares, bloqueios e dificuldades na organização de pensamentos. Suas emoções recalcadas estavam diretamente ligadas ao período que precisou cuidar de seu pai enfermo enquanto desejava secretamente a sua morte (FREUD, 1925-1926/1976, p. 4).

Freud ficou tão impressionado com o caso de Anna O. que cerca de três anos depois, em Paris, estudando sobre a Histeria - doença como era conhecida a neurose -, com orientação do psiquiatra Jean Martin Charcot, mostrou-lhe o caso, mas não conseguiu impressioná-lo. Freud o conheceu através de uma carta enviada a Charcot ao se oferecer para traduzir seus estudos para o alemão, já que o seu tradutor oficial estava desaparecido em decorrência da primeira guerra mundial (FREUD, 1925-1926/1976, p.7). Sobre isso Freud conta:

Tomei a determinação de informar Charcot a respeito dessas descobertas quando cheguei a Paris, e na realidade o fiz. Mas o grande homem não teve qualquer interesse pelo meu primeiro esboço do assunto, de modo que nunca mais voltei ao mesmo e deixei que fugisse de minha mente. (FREUD, 1925-1926/1976, p. 11).

Retornando a Viena em 1886, Freud abre uma clínica de doenças nervosas, sendo as histéricas a maior parte de sua clientela. A priori, concentrou seus atendimentos nos métodos mais conhecidos da época como a hidroterapia, eletroterapia, massagens e a cura pelo repouso, criado por Weir Mitchell. Porém,

decidiu seguir a linha da sugestão hipnótica aprendida com Charcot, no qual seu nome era sinônimo de brilho (FREUD, 1925-1926/1976, p.6).

O trabalho de Charcot com seus estudos sobre Histeria 'traumática' foram seguidos, bem como as investigações dos fenômenos da hipnose realizados por Liébeault e Bernheim. Foi provado que os sintomas histéricos são vestígios de experiências que de tão comoventes precisaram ser afastadas da consciência. Logo, é preciso trazer a luz os traumas vivenciados e esse procedimento era possível através do método da hipnose. Mais a frente, em 1895, Freud publica juntamente com Breuer o livro "Estudos sobre a Histeria", considerado por Freud os primórdios da Psicanálise. Uma obra essencial para compreender a teoria psicanalítica e que retrata casos de pacientes histéricos, incluindo o caso (não esquecido por Freud) de Anna O. (FREUD, 1893-1899/2016, p. 130).

As primeiras tentativas psicanalíticas de fato foram marcadas pelos tratamentos feitos com o recurso da hipnose. Foi aos poucos que este método foi abandonado, por não se enquadrar em todos os pacientes. E quando era possível aplicá-lo, foi observado que as resoluções dos problemas aconteciam de modo temporário. Freud deixou a hipnose de lado enfatizando a sua importância na descoberta de conteúdos que são armazenados no inconsciente e que é possível acessá-lo. Naturalmente, o desenvolvimento da Psicanálise custou sua amizade com Breuer, mas Freud já não poderia mais evitar. Decidiu que seus pacientes deveriam 'saber' de tudo o que diziam (em seu estado normal), o que antes só era possível em estado hipnótico. Então, todo o trabalho veio a ser substituído pelo método da 'associação livre', permitindo ao paciente que fale o que vem a cabeça, e embora o nome sugira que seja livre, o discurso precisa estar sob influência do tratamento psicanalítico (FREUD, 1925-1926/1976, pg. 11).

Durante os atendimentos, Freud notou que a resistência e a repressão encontram-se a nível inconsciente, o que ocasionava os sintomas. Faz parte do objetivo da terapia visar à possibilidade de livrar o sujeito da repressão que o constitui. Sendo assim, para o tratamento avançar, é preciso tornar os conteúdos inconscientes a nível consciente privando o sujeito do poder patogênico que esse material psíquico inconsciente pode causar (FREUD, 1911-1913/1976, p. 131).

Considerando as novas descobertas, a Psicanálise inicia a sua história como um método de investigação e uma prática profissional baseados na ideia de Freud sobre a investigação dos processos mentais trazendo o aprofundamento da hipótese

do inconsciente. Para a teoria psicanalítica, nossos atos têm um aspecto interior, um motivo oculto que poderão ser interpretados através do processo terapêutico. A energia envolvida nesses atos foi chamada de libido e é de natureza sexual/pulsional. (FREUD, 1925-1926/1976, p. 20).

2.2 PRINCIPAIS CONCEITOS DA PSICANÁLISE E SUA DIMENSÃO CLÍNICA

Para a psicanálise, não existe uma diferença fundamental, mas de grau entre o sujeito normal, o sujeito neurótico e o sujeito psicótico. Uma pessoa 'normal' lida com as mesmas repressões e luta com estruturas substitutas como qualquer outra. O que o difere é a sua forma de lidar com menos dificuldade e maior êxito com essas eventualidades. O método psicanalítico abre as portas do entendimento entre a linha tênue das estruturas patológicas e normais, tais como os sonhos – para a psicanálise, a realização disfarçada de um desejo –, atos falhos– erros cotidianos que passam despercebidos de tão pequenos, como a substituição de uma palavra por outra que surge do inconsciente –, *chistes* – funcionam como uma válvula de escape do inconsciente que diz verdadeiramente o que pensa em tom de graça – os mitos e obras da imaginação (FREUD, 1911-1913/1976, p. 132).

Para saber qual a estrutura que o sujeito responde, a psicanálise defende a importância de um diagnóstico diferencial referente às estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Trata-se de uma forma de nortear o manejo clínico da análise através do diagnóstico.

Na neurose – o negativo da perversão –, existe um ponto decisivo, que é a predominância da influência da realidade, embora o sujeito, uma vez perturbado pela neurose, afaste-se de sua realidade, servindo aos seus sintomas. Na Psicose, a principal característica diz respeito à perda da realidade e nela, são comuns episódios de alucinações (FREUD, 1924/1996, p.1). A perversão – entende-se 'perversão' em um sentido amplo – é um comportamento psicosssexual que busca um determinado prazer de forma contínua, como uma fixação. O perverso sabe o que deseja, mas nega a origem desse objeto. Ele fica as voltas entre o que sabe da realidade e a negação dela, substituindo-a pelo objeto de desejo (QUINET, 2000, p.19).

Para falar da Teoria Psicanalítica, é preciso considerar a descoberta de três fatores que a caracterizam: sexualidade, repressão e o infantil. Como a Psicanálise

chegou ao entendimento de que os conflitos psíquicos são decorrentes dos instintos sexuais (entende-se 'sexual' em um sentido amplo) e os desejos do ego, foi preciso retomar a infância para entender como o sujeito se constitui. As inibições do desenvolvimento mental que uma pessoa sofre ('o infantil') podem ter gerado a sua neurose. Este sujeito serve a uma sociedade, logo, as restrições e repressões do instinto sexual se tornam inevitáveis. De acordo com a constituição individual, os sacrifícios exigidos são maiores ou menores (FREUD, 1911-1913, p. 132).

Foi a partir da hipótese do inconsciente, da ideia de que existem desejos reprimidos, que Freud constatou que a maioria dos pensamentos e desejos estão conectados a conflitos de estrutura sexual que se instalam desde os primeiros anos de vida. Ocorre que durante a infância, a criança pode vivenciar experiências que de tão traumáticas, são bloqueadas, retornando através dos sintomas. (FREUD, 1911-1913, p. 132). Entende-se, portanto que não foi por acaso que a sexualidade tornou tema central da psicanálise, pois ao mesmo tempo é o centro da vida psíquica de cada sujeito.

Foram postuladas por Freud fases do desenvolvimento sexual da criança que auxiliam na explicação do comportamento humano. Estas fases são definidas de acordo com regiões do corpo, nos quais demandam necessidades que precisam ser supridas. O modo como às necessidades são satisfeitas determinam como a criança irá se relacionar com outros sujeitos e o que ela sente por si. As fases seguem umas as outras fixamente e uma se desenvolve a partir da anterior. Porém, o que ocorre em cada fase é inacabado e permanece ao longo da vida do sujeito (FREUD, 1905, p. 107). A saber, as fases do desenvolvimento psicosssexual são:

1. Fase Oral: inicia por volta dos primeiros seis meses do bebê. Nesta, a boca não preenche somente um órgão de satisfação, mas principalmente marca a relação entre o bebê e a mãe em um processo de nutrição orgânica e afetiva (ZORNING, 2008, p.4).

2. Fase Anal: desenvolve-se durante o segundo e terceiro ano de vida assim como a zona dos lábios a zona anal é uma zona erógena. Há um prazer orgânico em defecar, pois há um alívio de uma necessidade corporal (prazer na retenção das fezes para depois eliminá-las) onde o esfíncter se contrai para reter e se dilata para evacuar (NASIO, 1999, p. 62).

3. Fase Fálica: ocorre entre os três aos cinco anos de idade. Nesta fase, o órgão genital masculino (pênis) desempenha um papel dominante. E na menina, o

clitóris é considerado um atributo fálico, uma fonte de excitação. O pênis e o clitóris fantasiam um objeto chamado falo. Essa fantasia superestima o órgão peniano como símbolo de poder (NASIO, 1999, p. 62).

4. Período de Latência: aproximadamente entre os seis aos oito anos de vida há uma pausa no desenvolvimento sexual (FREUD, 1905/1986, p. 2).

5. Fase Genital: da puberdade até a morte. Nas fases iniciais, o foco seria nas próprias necessidades individuais e nesta última fase do desenvolvimento psicosssexual, há estabelecimento de relações genitais com outros, separação dos pais, processo de independência e maturação (NASIO, 1999, p. 63).

Entre 1920 e 1923 Freud descreve o aparelho psíquico dividindo-o em três instâncias: o Id (do latim, “isto”), o Ego (do latim, eu) e o Superego. No Id ficam as pulsões, seus processos são inconscientes e nele é reservada a energia psíquica. Não há contato com a realidade e por esse motivo através da fantasia pode se satisfazer. Seus impulsos podem trazer a tona conteúdos reprimidos, como o próprio instinto sexual infantil e que por vezes não se tem consciência de tão recalcados que eles foram. O Ego fica entre o Id e as exigências da realidade. Possui como funções básicas percepção, memória, sentimentos e pensamento. O Superego origina-se no Complexo de Édipo – Inspirado no mito grego de Édipo, que de modo inconsciente, tentou livrar-se do pai e tomar a mãe como sua esposa. O complexo edipiano é o núcleo da neurose. Explica que a libido está ligada a figura dos pais—e serve a sociedade em que vivemos, aos seus padrões, limites, autoridade, a moral e aos ideais (FREUD, 1925-1926/1976, p. 35).

O Complexo de Édipo é o momento essencial da constituição do sujeito. Assim sendo, o Édipo não é somente o centro da neurose, mas o ponto crucial da sexualidade humana (DE OLIVEIRA MOREIRA, 2004, p. 1). A cena edípica é uma passagem em que a criança possui desejos amorosos e hostis em relação aos pais. O seu apogeu é na fase fálica, por volta dos três aos cinco anos de idade. O seu declínio ocorre no período de latência, podendo ser revivido na puberdade e superado com maior ou menor êxito.

O Id funciona em face do *princípio do prazer* - evitação do desprazer -, logo, há busca por prazer, evitando a dor. Mas, o contato com as regras sociais faz o superego existir. O conflito que ocorre entre a busca do prazer e a exigências dos deveres é intermediado pelo Ego a partir do *Princípio da realidade* – não abandonando a intenção de alcançar prazer, mas, exige o adiamento da satisfação,

tolerando o desprazer como uma etapa para o caminho do prazer –(FREUD, 1925-1926/1976, p. 158). Não raro, a relação entre estas três instâncias podem gerar conflito no nível da consciência. Para isso são gerados os Mecanismos de Defesa.

Os Mecanismos de Defesa são a forma que o sujeito encontra para lidar com os conflitos não resolvidos da consciência. São processos inconscientes do psiquismo. Isto é, acontecem sem que o sujeito saiba. Todas as pressões e exigências do Id e da realidade são sofridas pelo Ego. Sendo assim, para proteger o sujeito de experiências traumáticas, algumas percepções não são registradas e se mantêm distantes da psique. São considerados alguns dos Mecanismos de Defesa (SILVA, 2010, p. 2-5):

1. Repressão – recalque ou afastamento da consciência mediante um conteúdo que cause constrangimento, vergonha. O recalque é o mais radical dos mecanismos.
2. Introjeção – quando o sujeito toma para si determinadas características da personalidade de outra pessoa.
3. Projeção– atribuição de um desejo próprio a outro. Como exemplo, um aluno que atribui a culpa de sua nota baixa ao professor.
4. Racionalização – quando o ego coloca a razão utilizando-se do saber intelectual ou mesmo cultural, para expor respostas aceitáveis(ainda que a razão seja falsa) com o intuito da resposta real não aparecer.
5. Sublimação – quando um impulso inoportuno é desviado para uma atividade aceita pela sociedade, sem deixar rastros de sofrimento.
6. Regressão – retorno a atitudes passadas que foram seguras.
7. Isolamento – quando uma ação ou pensamento é separado do contexto geral do sujeito. A exemplo, um filho que fala com frequente e notável naturalidade da morte recente de sua mãe que era próxima dele.
8. Identificação – quando o indivíduo consegue diminuir a sua angústia através da identificação com outras pessoas ou grupos. Uma criança que se identifica com um super herói, por exemplo.

3 SOBRE O INÍCIO DO TRATAMENTO

Freud compara o tratamento psicanalítico ao jogo de xadrez, uma vez que as infinitas possibilidades de jogadas durante o jogo são desafiadoras. Assim como no jogo, há limitações quanto às regras para o início do tratamento. Por julgar mais conveniente, Freud as chamou de recomendações. Nesse sentido, é ensinado que é preciso abrir espaço para que o paciente fale na maior parte do tempo, começando por onde quiser; acordar com o paciente as questões de tempo e dinheiro previamente, além de explicar ao analista a importância do divã.

No que diz respeito ao tempo, uma hora deve ser determinada ao paciente, embora ele utilize ou não. E aos que perguntam quanto tempo dura o tratamento, a resposta é quase inexistente, sendo possível recorrer a Fábula de Esopo, quando um caminhante pergunta a um filósofo quanto tempo teria de jornada, e este respondeu: caminha! Uma vez que era preciso saber a amplitude dos passos do caminhante para lhe dizer o tempo que a viagem duraria. Esse tipo de resposta, conforme pensou Freud, ainda se faz insuficiente se for pensado na interpretação de um neurótico e na possibilidade deste alterar os passos, progredindo lentamente (FREUD, 1911-1913/1976, p.79-83). Freud então disserta:

(...) Mesmo pessoas inteligentes esquecem que uma proporção necessária tem que ser observada entre tempo, trabalho e sucesso. Isto, incidentalmente, constitui resultado compreensível da profunda ignorância que predomina a respeito da etiologia das neuroses (FREUD, 1911-1913/1976, p.79).

É bem mais provável que o tratamento seja de longo período de tempo e por esse motivo, é necessário advertir o paciente previamente para que este possa decidir se continua ou não. E, embora decida continuar e depois desistir, deve estar ciente de que assim como em uma operação inacabada será o tratamento interrompido, deixando-o insatisfeito (FREUD, 1911-1913/1976, p.79-83).

A questão do dinheiro, outro ponto importante a ser tratado no início do tratamento, deve ser visto pelo analista como algo que envolve fatores sexuais, pois as pessoas o tratam com o mesmo pudor, hipocrisia e incoerência que lidam com as questões sexuais. Cabe ao analista tratar do assunto de modo franco e natural, sabendo que tem métodos de tratamento a disposição do paciente e que podem ser úteis. (FREUD, 1911-1913/1976, p.79-83).

Sobre a utilização do divã, é explicado que historicamente veio da hipnose e precisou ser mantido devida a exaustão para o analista ao encarar seus pacientes durante horas por dia. Além disso, as suas expressões faciais podem influenciar no que o paciente está contando (FREUD, 1911-1913/1976, p.79-83). O divã também é o leito do paciente: “O divã é, em suma, o leito do rio que passou a minha vida e meu coração se deixou contar” (QUINET, 2000, p. 48).

Seguida as recomendações, a comunicação com os pacientes requer tempo. Tempo este para que se estabeleça a transferência, isto é, quando o paciente se encontra ligado à pessoa do analista. Controlar os fenômenos de transferência é, para o psicanalista, o maior desafio. É preciso que o profissional esteja atento ao fato de que tudo o que interfere no tratamento pode significar resistência. Logo, uma demanda de amor do paciente, pode ser uma expressão de resistência. Por outro lado, é através da transferência que os conteúdos ocultos e esquecidos pelo paciente, podem se tornar manifestos e conseqüentemente, conscientes a este (FREUD, 1911-1913/1976, p. 86). Sobre o amor transferencial, Freud diz:

O amor transferencial possui talvez um grau menor de liberdade do que o amor que aparece na vida comum e é chamado de normal; ele exibe sua dependência do padrão infantil mais claramente e é menos adaptável e capaz de modificação; mas isso é tudo, e não o que é essencial. (FREUD, 1914-1915/1996, p. 9).

As entrevistas preliminares começam com a história de vida do paciente, da sua doença ou lembranças de quando era criança. É preciso que o analista o deixe livre para iniciar como quiser. Os que datam com exatidão sua enfermidade se concentram em sua causa precipitante, enquanto outros reconhecem a ligação existente entre a neurose e a infância e iniciam o tratamento contando toda a sua vida. Há os que planejam minuciosamente o que falar, demonstrando resistência, o que não é indicado, pois impede de surgir em análise os pensamentos que o aflige. Há os que asseguram não ter nada pra dizer e neste caso, cabe ao analista não sugerir, destacando que é impossível que não lhe ocorra nenhuma ideia. O fato é que somente quando uma transferência eficaz estiver estabelecida que o analista poderá se comunicar com seu paciente, revelando os segredos ocultos das ideias que este discursa na análise (FREUD, 1911-1913/1976, p. 85).

Ainda no que tange as entrevistas preliminares, existem três funções que a envolvem: a função sintomal, a função diagnóstica e a função transferencial. Freud

considerou que estas funções correspondem ao que ele denominou tratamento de ensaio.

A função sintomal (sinto-mal) diz respeito ao sujeito que se apresenta ao analista representado pelo seu sintoma. Para que a análise tenha início, é preciso transformá-lo em sintoma analítico. O analista deve se interessar em saber a que gozo esse sintoma responde, o que o fez retornar. (QUINET, 2000, p. 11-18).

O diagnóstico serve como norte no andamento da análise. Para isso, deve-se levar em consideração questões fundamentais da vida do sujeito como sexo, morte, procriação, paternidade (QUINET, 2000, p. 19-25).

Temos que: na estrutura neurótica, há negação do Édipo. Essa negação é representada na forma de recalque que mantém o elemento a nível inconsciente e retorna como sintoma neurótico. O sujeito neurótico sofre uma amnésia histórica, não se recordando do que aconteceu na infância, mas a sua história edipiana se faz presente no sintoma. Na estrutura perversa – entende-se ‘perversão’ em um sentido amplo – a negação do Édipo ocorre de forma desmentida, retornando no fetiche. Já na estrutura psicótica, não há vestígio algum de conservação. O que não é negado na psicose, e sim arrasado, retorna em forma de alucinação. Na psicose há o marco da certeza – uma certeza delirante – (QUINET, 2000, p. 19-25).

A função diagnóstica, portanto, é fundamental para que seja possível detectar nas entrevistas preliminares qual a estrutura clínica que o sujeito responde. E a partir deste ponto chave, a análise poderá ser conduzida com maior cuidado. (QUINET, 2000, p. 19-25).

Quando o analisante entra em transferência, significa que este é o sinal de sua entrada em análise, por isso a importância da função transferencial das entrevistas preliminares. Caberá ao analista saber utilizar essa transferência (QUINET, 2000, p. 26-32).

A escuta psicanalítica inclina-se ao não-dito, a escuta do inconsciente que ocorre por meio da transferência – chamado por Freud de amor transferencial –, com as associações do paciente. O psicanalista deve estar ciente de que seu papel não é de eliminar o sofrimento, mas auxiliar para que este assuma um novo lugar, um novo sentido (ROSA, 2004, p. 341). A psicanálise é, por assim dizer, a arte da interpretação do sujeito que deseja, que fica as voltas com um saber que não se sabe e que os apresenta na relação transferencial. (ROSA, 2004, p. 13).

4 ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é uma ferramenta utilizada para organizar dados preservando a singularidade do objeto estudado (GOODE & HATT, 1969, p. 422, apud BRESSAN, FLÁVIO, 2000, p. 2). Esta coleta de dados tem validação teórica quando respaldadas por teorias na área psicológica, sociológica, dentre outras (SYKES, 1990, p. 289-328, apud BRESSAN, FLÁVIO, 2000, p. 8).

No que se refere à pesquisa em Psicanálise, define-se como uma pesquisa de campo, sendo este campo o inconsciente, incluindo o sujeito. É por esse motivo que a clínica, espaço que possibilita o acesso ao inconsciente, é sempre um campo de pesquisa (ELIA, 2000, p. 23).

Sabe-se que a construção da Teoria Psicanalítica foi permitida através da escuta de Freud em seus atendimentos clínicos, interpretando fragmentos de lembranças e associações que os pacientes, principalmente as mulheres, traziam em análise. Temos que, o termo “clínico”, deriva do latim *clinicus* que significa uma “pessoa acamada”, e do grego *klinikos*, relativo ‘à cama’, ‘leito’.

Sendo assim, a atitude clínica pode ser entendida como uma inclinação do analista à pessoa no leito, sendo o ‘leito’ em um sentido ampliado (TURATO, 2003, p. 239). O analista segue escutando o sujeito que sofre, os seus ditos e especialmente os não-ditos que estão nas entrelinhas do discurso do analisando (GUIMARÃES&BENTO, 2008, p. 92). Diante do exposto, como a Psicanálise nasceu na clínica, é através dos exemplos clínicos que trabalhos como este são permitidos. (LIMA, 2006, p. 6).

Desta forma, durante os meses de março até novembro deste ano, foram escutados os ditos e não ditos dos pacientes através da prática psicoterápica na Clínica Integrada do UNI-RN. Para a construção deste estudo no contexto do estágio referente ao último ano de graduação em Psicologia, um caso clínico acompanhado durante os meses de julho até setembro, foi escolhido para ser apresentado.

O caso em questão envolve o tema do desejo feminino e questões que entrelaçam a vida de uma mulher – família, maternidade, sexualidade, vida amorosa –, com demanda de falar e ser escutada.

4.1 HELENA: FILHA, MULHER, MÃE

Foi no mês de julho que Helena (nome fictício), 24 anos de idade, solteira, formada em administração, apareceu à primeira sessão com disposição para abrir, desde aquele primeiro encontro, o livro de sua vida. Iniciou a sessão sorrindo e em poucos minutos, quando foi perguntado o motivo de sua procura por psicoterapia, se desmanchou em lágrimas. Conta que sua mãe sofria de depressão e há três anos tentou suicídio ingerindo veneno, e com esta tentativa, ficou acamada em estado vegetativo, em um *Home Care* (cuidados no lar). A relação de mãe e filha, conforme explicou a paciente, sempre foi árdua e marcada entre amor e ódio.

O vocábulo “ódio” tem origem no latim *odium*, com o significado de “ira”, “raiva”. O sentimento de ódio está presente nas relações humanas desde a história da humanidade, com evidências na bíblia (Abel foi morto por Caim, por exemplo), na mitologia (os mitos de Eros e de Édipo, por exemplo), nos escritos sobre a guerra, na violência urbana, etc. A Psicanálise, por sua vez, entende que o ódio está intimamente ligado ao amor e a presença de um deles pode prevalecer sobre o outro, podendo ambos sofrer transformações de acordo com estímulos internos e externos (ZIMERMAN, 2009, p. 92).

Desse modo, ódio e amor se complementam. É como uma queda d’água forte caindo em uma lavoura. A força da água representa a agressão e pode destruí-la. Mas, com a existência de um sistema de tubulação com vários canos, a água passa a ser bem distribuída, pois segue o novo fluxo e chega mansa, alimentando e hidratando a lavoura (ZIMERMAN, 2009, p. 92).

Durante os anos em que o amor e o ódio estiveram presentes na relação mãe e filha, Helena conta que sempre desconfiava que a sua mãe sentia ciúmes da relação afetuosa entre ela e o pai, e por esse motivo provocava brigas. Já em outras vezes, sua mãe demonstrava-se amorosa, deixando-a confusa.

A paciente relata ter uma ligação maior com o pai e que o tem como uma referência de apoio. Isso retoma o mito do Édipo que inspirou os estudos de Freud, no qual Laio, pai de Édipo, abandona seu filho após saber através do Oráculo de Delfos, que seria morto por ele, e que este casaria com sua esposa. Em seguida, Édipo foi recolhido e adotado por um novo casal. Anos mais tarde, retornou a Delfos, consultando o Oráculo e recebendo a mesma previsão que recebeu Laio. Achando se tratar de seus pais adotivos, ele foge e no meio do caminho briga com um

homem, matando-o (sem saber que era seu pai biológico). Em seguida, casa com sua esposa (sem saber que se tratava de sua mãe biológica). Quando descobre a sua história, Édipo cega os próprios olhos (FREUD, 1931/1976, p. 138).

A tragédia de Édipo foi marcada pelo desejo de afastar o pai para ficar ao lado da mãe. Freud então criou o termo “Complexo de Édipo” e constatou que neste processo (por volta dos três aos cinco anos de idade), a criança se encontra ligada ao genitor do sexo oposto, enquanto a relação com o genitor do mesmo sexo é hostil. Na menina, existe a troca do objeto original (a mãe) pelo pai, não sendo claro, conforme constatou Freud, a compreensão, sobre o caminho que a levou para este (FREUD, 1931/1976, p. 138). Articulando com a teoria encontramos na fala de Helena uma referência às questões edípicas:

“– Não sei se foi por ciúmes, não sei o que passava na cabeça da minha mãe... Certo dia, ela colocou veneno em um bolo e ofereceu ao meu pai, que passou mal. Quando ele me contou, pediu para que eu ficasse calma, mas eu não consegui me controlar. Defendi o meu pai, e sugeri que se quisesse prejudicar alguém, que fosse ela mesma. Ela me disse que se morresse, o meu irmão ficaria sem cuidados. E eu disse que cuidaria dele. Dois dias depois, minha mãe tomou veneno de rato e foi parar no hospital. Seu estado era grave. Só saiu depois de três meses internada. Quando ela foi liberada, levamos de volta pra casa e sua vida nunca mais foi como antes. Tudo ela dependia de outras pessoas. A minha vida, a vida do meu pai e do meu irmão, também mudou. Meu irmão sofreu tanto! Ele se entendia tão bem com ela.”

Helena complementa a fala dizendo que de acordo com a nova realidade, de um dia para outro, teve que se tornar mulher: “Tive que me tornar uma mulher de grandes responsabilidades. E eu era só uma menina. Foi tudo tão rápido!”.

O tornar-se mulher, para a Psicanálise, é possível a partir da separação do Outro materno. Há uma reedição do vínculo edipiano com o Outro materno e uma apelação por um significante que a represente como mulher. Este apelo é reatualizado durante toda a vida e a mulher fica entre a assunção do seu desejo e o desejo do Outro materno. Com a crença de que existe semelhança entre mãe e filha, a menina pode encontrar dificuldades em conseguir se separar da mãe, supondo que ela tem o que precisa para se construir enquanto mulher (KUPPER, 2010, p. 2-3). Como Freud aponta:

A fase da ligação afetuosa pré-edipiana, contudo, é decisiva para o futuro de uma mulher: durante essa fase são feitos os preparativos para a aquisição das características com que mais tarde exercerá seu papel na função sexual e realizará suas inestimáveis tarefas sociais. É também nessa identificação que ela adquire aquilo que constitui motivo de atração

para um homem; a ligação edipiana deste à sua mãe transfigura a atração da mulher em paixão. A identificação de uma mulher com sua mãe permite-nos distinguir duas camadas: a pré-edipiana, sobre a qual se apoia a vinculação afetiva com a mãe e esta é tomada como modelo, e a camada subsequente, advinda do complexo de Édipo, que procura eliminar a mãe e tomar-lhe o lugar junto ao pai (FREUD, 1933, p. 91).

No período pós-internação da mãe de Helena, toda a sua família (Helena, o irmão mais novo e o pai), durante três anos, conviveu com um hospital dentro de casa, e os maiores cuidados ficavam por responsabilidade de Helena. “A vida parecia parada. Foi um momento de escuridão”, comenta.

Lacan chamou o laço de aprisionamento entre mãe e filha de “devastação” (KUPPER, 2010, p. 3). Essa devastação deixará marcas não somente no relacionamento entre mãe e filha, mas também nas parcerias amorosas, uma vez que o ponto em comum entre esses dois tipos de relacionamentos é a demanda infinita de amor. Será na relação com a própria mãe que a mulher será direcionada aos primeiros traços de sua feminilidade (SOLER, 2005, p. 91-186).

Passados três anos, a mãe de Helena vem a óbito, falecendo em abril deste ano. Antes, a paciente havia descoberto que estava grávida e decidiu fazer um aborto caseiro com o auxílio de uma enfermeira, através de mensagens de celular.

Helena conta que além de estar responsável pelos cuidados com a mãe, seu namoro com um rapaz chamado Miguel era marcado por idas e vindas, e naquele momento, ela estava solteira. Não pronta para encarar o pai, tão pouco para ser mãe, com o apoio de Miguel caso ela decidisse abortar, decidiu o fazer. Sobre sua decisão, expressa:

“– Não me arrependo! Era o que eu precisava fazer naquele momento. Minha mãe estava precisando de cuidados. Eu também cuidava do meu irmão e da casa. Meu namoro tinha terminado. Eu não tinha estrutura para ter um filho”.

A paciente encarou o falecimento da mãe e pouco tempo depois passou a sentir incômodos no corpo. Com isso, procurou uma ginecologista e recebeu a notícia que estava grávida. Helena disse que era impossível, pois ela viu o feto expelido. A médica, então, explicou que existia mais um bebê. Ela estava grávida de gêmeos e agora esperava uma menina. Sobre a gravidez conta:

“– Eu não conseguia acreditar! Agora eu teria que decidir entre abortar pela segunda vez ou ter uma filha. Teria que me preparar para contar pro meu

pai, que estava preocupado com gastos financeiros, principalmente com o hospital montado em casa. Eu também teria que lidar com o meu luto e o luto do meu irmão mais novo que manda mensagens para mim dizendo que sofre com a ausência da nossa mãe”.

Atualmente, a paciente trabalha em loja de alimentos de produtos naturais, estabelecimento de um familiar. Divide-se entre o escritório administrativo e o caixa. Recebe um salário mínimo e Miguel, por sua vez, não trabalha. Então, como não tem boas condições financeiras, pensou em primeiro saber a reação de seu pai para decidir o que fazer. Para seu espanto, o seu pai, embora preocupado, apoiou a gravidez de Helena, dizendo que a ajudaria. “Foi aí que eu consegui respirar e escolhi ter a minha filha. Ela vai se chamar Camila”.

Mesmo antes de nascer, Helena expressa que sua filha Camila, já é muito amada por ela, por sua família e pela mãe de Miguel, que espera que ele e Helena reatem. Miguel não tem participado ativamente e diz que odeia as cobranças de Helena e prefere esperar Camila nascer para saber o que vai acontecer. “Eu odeio esperar. Quero logo uma resposta. Para mim é tudo ou nada”. Helena diz que seu maior problema no momento é o relacionamento com Miguel. Complementa dizendo que:

“—É tão estranho... Na ausência sinto saudade, mas na presença sinto um vazio. É como se não adiantasse de nada ele estar ali. Sempre estamos discutindo e eu odeio quando fico sabendo que Miguel saiu para festas. Já estou tão desconfiada que imaginei situações na minha cabeça, quando nem mesmo ele saiu. Entendo que não estamos juntos, eu sei, mas não aceito o fato dele ser indiferente”.

A paciente conta que sempre gostou de sair para festas, dançar, se divertir e conhecer pessoas novas. Em uma dessas festas, conheceu Miguel. Namorou com ele para esquecer outra pessoa, Pedro, que a decepcionou voltando para uma antiga namorada. Diz que seu relacionamento com Miguel já começou errado e assim seguiu, com brigas por ciúmes e desconfiança. Uma vez grávida, já não pode sair como antes. Tem medo de não conseguir mais aproveitar a vida por causa da maternidade. Relata que se sente feia e estranha o seu corpo:

“— Eu percebo que outros homens e amigos me olham com admiração, eu que não me sinto bem. Não gosto de estar com uns quilos a mais. Não me acho bonita com essa barriga. Eu já fui gordinha, sabe? Fiz até um tratamento para emagrecer. Após o parto, estou com vontade de realizar cirurgia para ficar mais magra, já que não posso tomar os remédios e a

amamentação pra mim é importante. Olha, eu amo minha filha, hoje ela é tudo na minha vida. Mas, é que com a gravidez perdi a minha autoestima”.

Helena repete em várias sessões que se sente perdida. Lacan sustentou que a verdadeira mulher terá sempre algo de perdida (Drummond, 2006, p. 47 apud Silva, 2008). E assim segue Helena, achando inclusive que nenhum homem sente atração por ela. Quer a atenção do pai de sua filha, mas ao mesmo tempo, o quer distante. Chegou a ameaça-lo de não conhecer a filha, caso ele não participe da gravidez. Acrescenta que se sente confusa e associa essa confusão a gravidez:

“– Eu nunca me senti tão confusa! A gravidez me deixa assim... Mas Miguel também... Ele não participa! Já disse a ele, em uma de nossas brigas, que a filha é só minha, porque eu me dedico a ela. Ele não está nem aí. Só quer esperar ela nascer e decidir o que vai fazer. Então, eu disse que se Miguel quiser conhece-la, vai ser através de uma foto. Ainda comentei que eu não queria mais saber dele. A minha filha é o que mais importa”.

Ao escutar o discurso de Helena, percebe-se o lugar que sua filha passa a ter na sua relação com o falo. Em psicanálise, o falo é conceituado como:

Seguindo o percurso freudiano, ele indica que, entre as faltas de objetos essenciais para a mulher, está o falo, estreitamente ligado à sua relação com o filho: se a mulher encontra na criança uma satisfação e, muito precisamente, na medida em que se encontra nesta algo que a atenua, mais ou menos bem, sua necessidade de falo, algo que a satura (LACAN, 1957-58/1999, p. 71 apud LIMA, 2006, p. 4).

Para Lacan, vale salientar que o falo está presente na relação entre a mãe e o bebê, formando não uma díade, mas uma tríade: mãe-bebê-falo. A partir desta consideração, é possível pensar esta relação como algo que preenche a falta da mulher – que tornou-se mãe – (LIMA, 2006, p. 4).

Neste momento, faz-se necessário retomar o conceito lacaniano de “devastação”, que explica uma pendência que permanece na mulher, resultante de sua relação com a mãe. Não por acaso, o ser mãe para cada mulher será uma experiência singular, seja para aceitar a maternidade, recusá-la ou procurá-la, custe o que for (TENDLARZ, 2002, apud LIMA, 2006, p. 5).

Não existe, portanto, um manual universal de instrução para a maternidade. A sua construção dependerá de cada sujeito feminino e de como a mulher lida com a sua própria falta. (LIMA, 2006, p. 6).

4.2 HELENA E SEUS AMORES

Helena conta que Miguel e Pedro são dois homens importantes em sua história. Miguel foi o primeiro homem que ela teve relações sexuais. Às vezes sente que ele quer que ela seja uma princesa em todo tempo, pois reclama se ela não estiver arrumada, maquiada e com cabelo escovado e isso a deixa chateada. Pedro, por sua vez, foi alguém com quem Helena saiu poucas vezes e que admirava sua beleza natural. Helena pensava que se Pedro a procurasse, ela deixaria Miguel sem pensar.

Em um dos términos do namoro com Miguel, conta que teve relações sexuais com outro homem e nunca comentou com Miguel, que acredita ter sido o único. Também se envolveu com mais outro homem, este, casado: “Era estranho porque eu não tinha relações sexuais com ele. A gente se beijava e pronto”. Diz que este último, por ser político, a ajudou quando a mãe esteve doente e precisando de vagas em leitos de hospitais.

Um outro homem apareceu em seu relato: Eduardo, o qual mora em outro estado. Este desejava ser pai biológico da sua filha, entretanto, não pode, pois teve câncer nos testículos. Sorrindo, Helena diz que:

“—Ele me elogia e me deixa cheia de vida! Já nos envolvemos uma vez, mas faz tempo. Pensei em mudar de cidade e ir ao encontro dele, porém, tudo ficou em uma conversa”.

Helena carrega a preocupação quanto ao fato de ser mãe solteira e ao mesmo tempo sofre pressões da família. “Minha tinha, minha avó, meu pai, todos eles me perguntam se vou ser mãe solteira”. Embora saiba que Miguel não quer ter uma família, gostaria que ele estivesse disposto a tentar. “Me preocupo com o que a minha família pensa de mim. Queria que Miguel construísse uma família comigo”.

Aos olhos de seus familiares, Helena conta que é vista como explosiva, pois se irrita e discute com facilidade. É vista também como cuidadora, exceto no período em que discutiu com a mãe e esta cometeu tentativa de suicídio. Helena complementa:

“— Me senti culpada e sem falar que ninguém perguntava para mim como minha mãe estava. Só perguntavam ao meu pai e ao meu irmão. Eu também estava envolvida”.

Com o tempo, já que a responsabilidade dos cuidados com a mãe, em maior parte ficou por conta de Helena, nesse período, ela assumiu a posição de mãe de sua mãe, mãe do seu irmão adolescente e responsável pela casa. Em todo tempo preocupa-se em cumprir as tarefas atribuídas com receio de que não seja aprovada pelas pessoas de seu convívio. Helena declara:

“– Eu nem percebi. Simplesmente foi acontecendo. E sobre o meu irmão... Bom, só agora entendo que me tornei mãe do meu irmão. É uma tarefa difícil, sabe? Quero ser um exemplo pra ele. Além disso, tenho sido responsável pelos cuidados com a minha avó que sofre de problemas no joelho, tenho que cuidar da minha gravidez e trabalhar na loja de minha tia. Cuido de tudo! Eu fico cansada, mas se eu não fizer, vai ser complicado. Eu odeio errar. Não suporto falhar!”.

Helena comenta que ter procurado a psicoterapia foi uma forma de falar da sua maior queixa, a vida amorosa, já que com ninguém conseguia fazer isso, uma vez que se mostrava forte o tempo todo. No que diz respeito à família, diz que hoje entende que pode cuidar do seu irmão sendo a irmã dele, e não a mãe. Ressalta que após a morte da sua mãe, embora tenha sido triste, a vida que estava parada, voltou a andar: “O relógio agora conta o tempo. Antes, nada andava”. E quanto ao seu maior problema, que é a relação com Miguel, sabe que estão em fases diferentes da vida, porém, ainda não consegue abrir mão de um relacionamento amoroso com ele. “Estou tentando aceitar que ele pode ser somente o pai de Camila e eu posso sim ser mãe solteira, mas é difícil. Bom, quem sabe eu até encontre outra pessoa”.

Helena diz que pediu a Deus um grande amor e hoje entende que o grande amor de sua vida é Camila. Sobre isso, conclui:

“– tenho certeza que Camila é a luz que minha casa precisava, pois vivia na escuridão. Tudo o que quero agora é conhecer o rosto da minha filha que é a pessoa que eu amo na vida. Sinto que o nascimento dela vai trazer coisas boas para mim e para a minha família. Nascimento... Você disse que o interessante é que o Nascimento faz parte do meu nome. É mesmo! Eu... Nossa! Eu já renasci tantas vezes!”.

Um ponto comum/presente na fala de Helena demonstrou ser a sua infinita demanda de amor: a necessidade de ser amada pela família, pelos parceiros amorosos. Há também a necessidade de ter um parceiro que seja exclusivo e que a cuide.

É de se pensar que Helena procura a si mesma através das suas escolhas amorosas. Sobre isso, Freud diz que o amor encontra-se no centro da experiência psicanalítica, e o sujeito procura a si mesmo no objeto amoroso (FREUD, 1913, p. 60).

No feminino, essa escolha do objeto amoroso é narcísica e por esse motivo, existirá uma dificuldade em elegê-lo. Em linhas gerais, o amor de uma mulher por si é tão intenso quanto o amor de um homem por ela. Suas necessidades, portanto, não estão relacionadas ao desejo de amar, e, sim, de ser amada (COSTA, 2013, p.3).

Para Helena, existe além da infinita demanda de amor, um desejo sem lei, que não se sabe exatamente o que é, e de acordo com seus discursos, insaciável. Há uma falta nunca preenchida. E, essa infinita demanda de amor, volta para a mulher sob o modo de devastação, sendo a devastação articulada ao amor e à sua (im)possibilidade. (MARCOS, 2011, p.1-4).

Freud sempre apontou sobre o universo obscuro que envolve a sexualidade feminina, chegando a dizer aos ouvintes em uma conferência sobre a feminilidade, que consultassem os poetas ou aguardassem até que a ciência possa fornecer informações sobre o enigma feminino (FREUD, 1933, p. 78-92). Não existe, portanto, uma resposta universal porque cada mulher tem sua peculiaridade, sua falta que a faz sempre procurar e conseqüentemente, se fazer existir.

Por fim, o caso exposto mostrou a vida de Helena que se encontra entre a mulher e a mãe, duas posições que tomando como base o seu discurso, estão intimamente ligadas. Nota-se ainda que a sua feminilidade ou desejo feminino é estranho para ela mesma. Isso faz com que este trabalho, sem resposta final, se encerre com uma inquietude: é preciso continuar escutando.

Helena foi atendida até o final do mês de setembro, poucos dias antes de abrir mais um capítulo de sua vida, com a chegada de sua filha, Camila. Guarda-se o anseio de continuar escutando a sua história em outro momento oportuno.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do atendimento descrito neste trabalho consolidou a certeza de que esse momento final de curso seria encantador e de profundo crescimento profissional. Foi possível compreender que a delicadeza de tocar no mais íntimo do outro requer preparo emocional e teórico. Não por acaso, este estudo impulsionou caminhos que se aproximaram ainda mais da teoria psicanalítica, com toda a sua sustentação teórica e que acima de tudo é mais ética do que técnica.

É preciso salientar que todos os atendimentos, sendo no contexto da psicoterapia ou do plantão psicológico, foram importantes, somando aprendizados que se fortaleceram em supervisões assíduas, pautadas no cuidado e sigilo, bem como através de leituras. Enfatiza-se ainda, a análise pessoal como um processo essencial para compreender a consistência do método psicanalítico e um espaço essencial para lidar com os próprios conflitos, possibilitando escuta atenta aos discursos dos pacientes.

Destaca-se a oportunidade preciosa de aprofundar os estudos sobre a feminilidade, envolvendo questões que permeiam a vida de uma mulher. Temos que o enigma do desejo feminino é uma questão que até os dias de hoje não foi desvendado. É o mistério que faz a caminhada continuar.

REFERÊNCIAS

BETTELHEIM, Bruno. **Freud e a alma humana**. Editora Cultrix, 1990.

BRESSAN, Flávio. O método do estudo de caso. *Administração on line*, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2000.

BROUSSE, M. H.; MOTTA, M. B. O destino do sintoma. MB Motta, *Clínica lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*, p. 69-79, 1989.

BROUSSE, Marie-Helène. Uma dificuldade na análise das mulheres: a devastação da relação com a mãe. *Revista Latusa: A política do medo e o dizer do psicanalista*, v. 9, p. 203-218, 2004.

COSTA, Ana Maria Medeiros da; FERRAZ, Maria Aimée Laupman; RIBEIRO, Valdelice Nascimento de França. O amor, o feminino e a escrita. *Tempo psicanalítico*, v. 45, n. 1, p. 29-38, 2013.

COSTA, Teresinha. Édipo. Zahar, 2010.

DE OLIVEIRA MOREIRA, Jacqueline. Édipo em Freud: O movimento de uma teoria **Psicol. estud**, v. 9, n. 2, 2004.

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica e pesquisa. *Clínica e pesquisa em psicanálise*, p. 19-35, 2000.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume II-Estudos sobre a Histeria (1893-1899)**. Imago Editora, 2016.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria sexual (1905). **FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago**, v. 12, p. 118-228, 1986.

FREUD, Sigmund. A Dinâmica da Transferência (1912) in *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira*. 1976.

FREUD, S. Totem e Tabu. ESB, Vol. XXII. 1913.

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir, elaborar, vol. **XII da ESB**, 1914.

Freud S. (1915[1914]). “Observações sobre o amor transferencial (Novas Recomendações sobre a técnica da psicanálise III)”. In Freud S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII Rio de Janeiro, Imago, 1996.

Freud S. (1916 [1916-1917]). “Terapia analítica” in “Conferências Introdutórias sobre psicanálise”. in Freud S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVI, Rio de Janeiro, Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). Op. cit, v. 19, 1996.

Freud, S. (1931/1976). Sexualidade feminina. Obras completas, ESB, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, Sigmund. Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise—Conferência XXXIII—Feminilidade. Obras Completas, vol. XXII. 1933.

FREUD, Sigmund; STRACHEY, James. **Além do princípio de prazer**. Rio de Janeiro^ eRJ: Imago, 1975.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento. Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. XII. 1976.

FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Imago, 1976.

FREUD, Sigmund. Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 20, 1976.

FREUD, Sigmund. Sobre a psicanálise. **S. Freud, Obras completas**, v. 12, 1996.

FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Imago Editora, 2016.

GOMEZ, Graciela Quintana. A maternidade como enigma: Atenas, as Luzes e Freud. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, 2000.

GUIMARÃES, Roberto Mendes; BENTO, Victor Eduardo Silva. O método do “estudo de caso” em psicanálise. Psico, v. 39, n. 1, 2008.

KÜPPER, Fernanda Samico. MÃE E FILHA E NA PARCERIA AMOROSA.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1992). Vocabulário da psicanálise (P. Tamen, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

LIMA, Glauceineia Gomes de. Da mãe a mulher: os circuitos do amor, desejo e gozo. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MARCOS, Cristina. Mãe e filha: da devastação e do amor. Tempo psicanalítico, v. 43, n. 2, p. 269-284, 2011.

NASIO, J.-D. **O prazer de ler Freud**. Zahar, 1999.

QUINET, Antonio. **As 4+ 1 Condições da Análise**. Zahar, 2000.

Rodrigué, E. (1995). Sigmund Freud. O século da psicanálise, v.1. São Paulo: Escuta.

ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. Revista Mal Estar e Subjetividade, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004.

SILVA, Aline Miranda da. A devastação e o feminino. Psychê, v. 12, n. 22, p. 27-34, 2008.

SILVA, Elizabete Bianca Tinoco. Mecanismos de defesa do Ego. **Consultado a**, v. 3, 2010.

SOLER, Colette. O que Lacan dizia das mulheres. Zahar, 2005.

Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa, (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.

ZIMERMAN, David E. Os Quatro Vínculos: Amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas. Artmed Editora, 2009.

ZORNING, Silvia Maria Abu-Jamra. As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões. **Psicol. estud**, v. 13, n. 1, p. 73-77, 2008.

APÊNDICE

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITARIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE PSICOLOGIA

PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM PSICOLOGIA

NATAL/RN
ABRIL / 2017

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITARIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE PSICOLOGIA

PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM PSICOLOGIA

Plano de estágio em Psicologia
apresentado como requisito de avaliação
da primeira unidade do estágio obrigatório
nas Clínicas Integradas do UNI-RN.

Orientador: Prof. Mestre Erick Leonardo
Pereira

NATAL/RN
ABRIL / 2017

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivos Gerais.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	5
3.1 Descrição funcional do local de estágio.....	5
3.2 Descrição da equipe de trabalho.....	6
4. ATIVIDADES PROPOSTAS.....	6
5. CRONOGRAMA.....	7
REFERÊNCIAS.....	8

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do (a) aluno (a): Thayane Bittencourt Borges de Melo

1.2 Matrícula: 2014c021092

1.3 Estágio em Psicologia Clínica

1.3.1 Abordagem: Teoria Psicanalítica

1.4 Local: Clínicas Integradas do Uni RN, localizada na Rua Prefeita Eliane Barros, nº 2000, Tirol. Telefone (84) 3215-2960.

1.5 Supervisor acadêmico: Erick Leonardo CRP - 17/2457

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Articular a teoria aprendida durante a graduação de Psicologia à execução da prática justificada pela importância desse respaldo teórico no contexto da atuação clínica durante o estágio obrigatório

2.2 Objetivos Específicos

- Tratar cada processo terapêutico de forma única e ética.
- Discutir os atendimentos psicoterápicos com o supervisor acadêmico.
- Solicitar ao supervisor acadêmico fontes confiáveis de leitura que auxiliem nos casos clínicos.
- Adquirir experiência para uma formação acadêmica e profissional qualificada, bem como escuta clínica aprimorada.

3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio obrigatório na área de Psicologia Clínica ocorrerá na Clínica Integrada do UNI-RN sob orientação do professor Erick Leonardo em uma abordagem inclinada à teoria psicanalítica.

A Psicanálise, desenvolvida por Sigmund Freud, trabalha com um intercâmbio de palavras que acontecem entre o paciente e o analista. A escuta psicanalítica é trabalhada através da associação livre, quando é permitido ao paciente que este fale tudo o que vir a sua mente. O analista, por sua vez, deve estar atento a que tipo de estrutura clínica o sujeito responde – neurose, psicose, perversão – e, acima de tudo, procurar saber qual lugar o sujeito ocupa em sua vida, em sua queixa. Em suma, a teoria psicanalítica é definida por: um procedimento investigatório de processos mentais que são de difícil acesso por qualquer outro modo; um método para o tratamento da neurose baseado na investigação destes processos mentais; um acervo de informações colhidas que compõem uma nova disciplina científica (FREUD, 1924/1996, p. 253).

3.1 Descrição funcional do local de estágio

A Clínica integrada do UNI-RN disponibiliza atendimentos a população em geral, voltada às áreas de Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, que se articulam interdisciplinarmente em uma perspectiva humanizada com foco em prevenção, reabilitação e tratamento. Os pacientes buscam o serviço espontaneamente ou ainda podem ser encaminhados por médicos, escolas e empresas.

Além de servir como alternativa para pessoas sem plano de saúde e consequentemente dependentes do Sistema Público de Saúde, a Clínica Integrada prepara através da prática supervisionada os alunos da instituição para o mercado de trabalho.

3.2 Descrição da equipe de trabalho

A equipe deste trabalho é composta pelo professor orientador Erick Leonardo Pereira e mais seis estagiários graduandos do curso de Psicologia do UNI-

RN, a coordenadora da Clínica Integrada Geórgia Filomena Martins Saldanha Baeta Neves sua equipe de funcionários da própria clínica escola.

4 ATIVIDADES PROPOSTAS

Será disponibilizado durante o ano letivo de 2017, sem recessos, atendimentos em plantão psicológico e acompanhamento psicoterápico, pautados sob orientação da teoria psicanalítica com ética e inteira responsabilidade.

A faixa etária proposta para os acompanhamentos regulares serão a partir dos vinte anos, com preferência ao público feminino. Ressalta-se ainda, total comprometimento aos encontros de supervisão, sendo individual, quando necessário, sendo em grupo com os demais integrantes da equipe de estagiários.

Todas as experiências ao longo do ano serão de significativo valor para a qualidade da formação acadêmica e profissional.

5 CRONOGRAMA

Propõe-se o acompanhamento psicoterápico de três pacientes compreendendo o período do mês de abril até o mês de dezembro, além do cumprimento de duas horas semanais no plantão psicológico nesses respectivos meses. Os dias para atendimento seguem nas quartas-feiras – plantão psicológico e acompanhamento psicoterápico regular – e quintas-feiras – plantão psicológico – no horário matutino. O anexo abaixo demonstra toda a programação com seu período previsto.

Cronograma – Programa anual de estágio

[illegible]

REFERÊNCIAS

BETTELHEIM, Bruno. **Freud e a alma humana**. Editora Cultrix, 1990.

BRESSAN, Flávio. O método do estudo de caso. *Administração on line*, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2000.

BROUSSE, M. H.; MOTTA, M. B. O destino do sintoma. MB Motta, *Clínica lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*, p. 69-79, 1989.

COSTA, Ana Maria Medeiros da; FERRAZ, Maria Aimée Laupman; RIBEIRO, Valdelice Nascimento de França. O amor, o feminino e a escrita. *Tempo psicanalítico*, v. 45, n. 1, p. 29-38, 2013.

COSTA, Teresinha. Édipo. Zahar, 2010.

DE OLIVEIRA MOREIRA, Jacqueline. Édipo em Freud: O movimento de uma teoria **Psicol. estud**, v. 9, n. 2, 2004.

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica e pesquisa. *Clínica e pesquisa em psicanálise*, p. 19-35, 2000.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume II-Estudos sobre a Histeria (1893-1899)**. Imago Editora, 2016.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria sexual (1905). **FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, p. 118-228, 1986.

FREUD, Sigmund. A Dinâmica da Transferência (1912)'in *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. 1976.

FREUD, S. Totem e Tabu. ESB, Vol. XXII. 1913.

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir, elaborar, vol. **XII da ESB**, 1914.

Freud S. (1915[1914]). "Observações sobre o amor transferencial (Novas Recomendações sobre a técnica da psicanálise III)". In Freud S., *Edição Standard*

Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII Rio de Janeiro, Imago, 1996.

Freud S. (1916 [1916-1917]). “Terapia analítica” in “Conferências Introdutórias sobre psicanálise”. in Freud S., Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVI, Rio de Janeiro, Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). Op. cit, v. 19, 1996.

Freud, S. (1931/1976). Sexualidade feminina. Obras completas, ESB, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, Sigmund. Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise–Conferência XXXIII–Feminilidade. Obras Completas, vol. XXII. 1933.

FREUD, Sigmund; STRACHEY, James. **Além do princípio de prazer**. Rio de Janeiro^ eRJ: Imago, 1975.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento. Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. XII. 1976.

FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Imago, 1976.

FREUD, Sigmund. Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago**, v. 20, 1976.

FREUD, Sigmund. Sobre a psicanálise. **S. Freud, Obras completas**, v. 12, 1996.

FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Imago Editora, 2016.

GOMEZ, Graciela Quintana. A maternidade como enigma: Atenas, as Luzes e Freud. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, 2000.

GUIMARÃES, Roberto Mendes; BENTO, Victor Eduardo Silva. O método do “estudo de caso” em psicanálise. Psico, v. 39, n. 1, 2008.

KÜPPER, Fernanda Samico. MÃE E FILHA E NA PARCERIA AMOROSA.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1992). Vocabulário da psicanálise (P. Tamen, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

LIMA, Glaucineia Gomes de. Da mãe a mulher: os circuitos do amor, desejo e gozo. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MARCOS, Cristina. Mãe e filha: da devastação e do amor. Tempo psicanalítico, v. 43, n. 2, p. 269-284, 2011.

NASIO, J.-D. **O prazer de ler Freud**. Zahar, 1999.

QUINET, Antonio. **As 4+ 1 Condições da Análise**. Zahar, 2000.

Rodrigué, E. (1995). Sigmund Freud. O século da psicanálise, v.1. São Paulo: Escuta.

ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. Revista Mal Estar e Subjetividade, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004.

SILVA, Aline Miranda da. A devastação e o feminino. Psychê, v. 12, n. 22, p. 27-34, 2008.

SILVA, Elizabete Bianca Tinoco. Mecanismos de defesa do Ego. **Consultado a**, v. 3, 2010.

SOLER, Colette. O que Lacan dizia das mulheres. Zahar, 2005.

Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa, (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.

ZIMERMAN, David E. Os Quatro Vínculos: Amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas. Artmed Editora, 2009.

ZORNING, Silvia Maria Abu-Jamra. As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões. **Psicol. estud**, v. 13, n. 1, p. 73-77, 2008.