

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

HILDEBRANDO AZEVEDO AMORIM NETO COCENTINO

A HISTÉRICA ENTRE O SABER E O DESEJO:
UMA REFLEXÃO A PARTIR DE UM CASO CLÍNICO

NATAL/RN

2017

HILDEBRANDO AZEVEDO AMORIM NETO COCENTINO

A HISTÉRICA ENTRE O SABER E O DESEJO:
UMA REFLEXÃO A PARTIR DE UM CASO CLÍNICO

Relatório de Estágio apresentado como requisito avaliativo final da disciplina de Estágio Profissionalizante em Psicologia do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN.

Orientador: Prof. M.Sc. Erick Leonardo Pereira (CRP 17/2457).

NATAL/RN

2017

HILDEBRANDO AZEVEDO AMORIM NETO COCENTINO

**A HISTÉRICA ENTRE O SABER E O DESEJO:
UMA REFLEXÃO A PARTIR DE UM CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário do
Rio Grande do Norte – UNI-RN, como
requisito avaliativo final para obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. M.Sc. Erick Leonardo Pereira (CRP 17/2457)

Orientador

Prof. M.Sc. Marianna Carla M. D de Lucena (CRP 17/1961)

Leitor

AGRADECIMENTOS

À minha companheira Lúcia, e aos filhos Raul e Júlio, pelo incentivo, suporte, carinho e amor ofertados.

Aos familiares que, desde cedo, me viam na psicologia, em especial à tia Ana Maria.

Aos insubstituíveis bedéis, que tanto auxiliaram no dia a dia acadêmico.

Aos funcionários das Clínicas Integradas UNI-RN, pela gentileza e dedicação dirigidas à comunidade acadêmica.

Aos professores que, com dedicação, ofertaram-me a transmissão do saber.

Aos colegas de curso, pelas mãos dadas no caminhar.

Aos colegas de sala e de grupos de trabalho, hoje eternizados por profunda amizade, Anna Carolina, Giovanna Medeiros, Márcia Lyane, Melina Xavier, Micheline Iara, Mônica Andrade, Renato Rosa e Rozeann Soares, com os quais pude contar em todos os momentos, sempre aportando carinho, compreensão e bem querer.

Ao professor Erick Leonardo Pereira, orientador/supervisor, que ao longo do ano desenhou o caminho da Ética Psicanalítica.

Enfim, aos pacientes que, em pequena jornada, oportunizaram minha escuta.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

O presente trabalho se propõe a realizar estudo preliminar acerca das técnicas norteadoras da prática clínica psicanalítica, partindo do estágio supervisionado para formação de psicólogo, na área de Atendimento Clínico, convocando o pensar acerca da singularidade da transmissão na clínica freudiana, com especial atenção a questão da Ética na Psicanálise. Em momento seguinte, debruça-se no Estudo de um Caso Clínico, atendido no Núcleo de Psicologia Aplicada, das Clínicas Integradas de Saúde (UNIRN).

Palavras-chave: Psicanálise. Histeria. Estudo de caso.

ABSTRACT

The present work proposes to carry out a preliminary study about the guiding techniques of the psychoanalytic clinical practice, starting from the supervised stage for the formation of a psychologist, in the area of Clinical Care, calling for thinking about the singularity of the transmission in the Freudian clinic, with special attention to the question of Ethics in Psychoanalysis. In the next moment, he studies in a Clinical Case Study, at the Center of Applied Psychology, of the Integrated Health Clinics - UNI-RN.

Keywords: Psychoanalysis. Hysteria. Case study.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 DA PSICANÁLISE	8
2.2 DO MÉTODO	9
2.3 DA ESCUTA.....	10
2.4 SOBRE O INÍCIO DO TRATAMENTO E ENTREVISTAS PRELIMINARES	11
3 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	13
3.1 MARCELA IRIA: uma vinda a procura da volta	13
3.2 MARCELA IRIA: o encontro do desejo	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho, apresenta-se como relato de um Estudo de Caso, realizado durante estágio supervisionado em ênfase clínica, junto ao Núcleo de Psicologia Aplicada, das Clínicas Integradas de Saúde – UNIRN. Sob orientação psicanalítica, desenvolveu-se o atendimento a um caso de histeria, convocando o pensar da singularidade na transmissão da clínica freudiana, com especial atenção a questão da Ética na Psicanálise.

No período compreendido entre os meses de abril e junho de 2017, a paciente submeteu-se a sessões de psicoterapia, tendo sido ofertada a escuta psicanalítica, a qual consiste em o não privilegiar nada em específico, mantendo a atenção uniformemente suspensa, a tudo que se escuta.

No decorrer do trabalho, apresenta-se um rápido histórico da psicanálise e alguns de seus conceitos, para, ao término, tecer algumas considerações do realizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DA PSICANÁLISE

Freud, em “Dois Verbetes de Enciclopédia - (A) Psicanálise”, elaborado nos idos do verão de 1922, formulou conceitualmente a concepção de Psicanálise (FREUD, 1996a, p. 253) em sendo:

(1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.

Antes, porém, no que tange a origem da palavra psicanálise, ressalta-se que, em 1896, em artigo nominado “A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses”, Freud apropriou-se, inicialmente, da locução “psico-análise” para denotar o novo método, revelando:

Devo meus resultados ao emprego de um novo método de psico-análise, ao processo explorador de Josef Breuer, um tanto sutil, mas impossível de substituir, a tal ponto ele se mostrou fértil para esclarecer as obscuras vias de ideação inconsciente (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 604).

Em seguida, 1911, Freud (1996c, p. 223), nos escritos “Sobre a Psicanálise”, textualiza ser a psicanálise não só um método de pesquisa das neuroses, mas também, um método de tratamento, afirmando não ser a mesma, produto de especulação e sim de experiência, para concluir: “por essa razão, como todo novo produto da ciência, acha-se incompleta” (FREUD, 1996c, p. 225). Consequentemente, no que tange sua incompletude, face a condição de ser inacabada, enquanto teoria, é pertinente pensar em um constante e infinito percurso desenvolvimentista.

Sigmund Freud prossegue na edificação da teoria psicanalítica, por ele dita incompleta, até os últimos dias de sua vida, em 1939.

Em já citado artigo (FREUD, 1996c, p. 223), o referido autor passa a historiar, narrando, inicialmente, que a psicanálise teve seus estudos instigados pela histeria (quando jovem, face ao não saber médico, sentiu-se convocado a investigá-la). Registra que a obra inaugural foi o artigo, “Os Estudos sobre a Histeria”,

publicado em 1895, em coautoria com Josef Breuer. Apresenta que, perseguiram os trabalhos de Charcot, com a temática da “histeria traumática”, as investigações dos fenômenos da hipnose realizadas por Liébeault e Bernheim, bem como com as contribuições dos estudos sobre os processos mentais inconscientes de Janet.

Em tais estudos, debruçaram-se em preceituar que a histeria não se situava no campo da simulação e sim de uma doença funcional com um conjunto de sintomas bem definidos e manifestados no corpo. Em havendo a simulação, seria em papel secundário.

2.2 DO MÉTODO

A prática clínica psicanalítica teve início pelo Método Catártico. Assim, quando da realização do tratamento em hipnose, a catarse surgia quando, “o caminho à consciência se abria e havia uma descarga normal do afeto” (FREUD, 1996c, p. 254). Dessa forma, salienta-se que, em havendo uma abertura do consciente, presumivelmente existia um outro local, e, conseqüentemente, havia um buscar algo, um lugar, em encontrar, um procurar. Portanto, indubitavelmente, torna-se evidente o pressuposto da existência de processos mentais inconscientes.

Com o tempo, na realização do procedimento investigativo por meio do tratamento catártico da hipnose, fora verificado que havia certa dependência na relação médico/paciente para o relativo sucesso e, por conseguinte, assemelhava-se ao efeito da sugestão, não desejado. Ademais, afora outras negativas, havia a questão da temporalidade da cura, que muitas vezes apresentava um deslocamento do sintoma, não destruía as resistências, bem como, dos casos de alguns pacientes que não se permitiam hipnotizar.

Por essas e outras razões, Freud resolve abandonar a hipnose. Um novo método já tinha se apresentado, faltava apenas pô-lo em execução.

Quinet (2009), expõe que a única regra contida na experiência analítica, ocorreu em 12 de maio de 1889, ditada a seu fundador pela fala de Frau Emmy Von N. Em referido episódio, é expressa a “regra fundamental”, ou, como dizem outros, a “regra de ouro da psicanálise”. Trata-se do episódio onde Freud interrompe o relato da paciente hipnotizada visando a obtenção da origem de sintomas:

Aproveitei também a oportunidade para perguntar-lhe por que sofria de dores gástricas e de onde provinham. Sua resposta, dada a contragosto, era de que não sabia. Solicitei-lhe que se lembrasse até amanhã. Disse-me, então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar o que tinha a dizer-me (QUINET, 2009, p. 9).

Desse episódio, surge a “talking cure” – a cura pela palavra, a cura pela fala, o tratamento pela palavra, a fala que cura -, onde o paciente inclui seu saber na construção da análise, falando, intencionalmente ou não, tudo o que lhe aprouver, permitindo expressar sua auto-observação, mesmo que lhe seja desagradável.

Assim, pela fala, o sujeito do inconsciente, manifesta-se. Portanto, é pelo manejo da ‘Regra Técnica Fundamental’ que o paciente recorda dos eventos traumáticos originadores de seus sintomas neuróticos.

Acerca da matéria, preceitua Freud (1996c, p. 256):

O tratamento é iniciado pedindo-se ao paciente que se coloque na posição de um auto-observador atento e desapassionado, simplesmente comunicando o tempo inteiro a superfície de sua consciência e, por um lado, tornando um dever a mais completa honestidade, enquanto que, por outro lado, não retendo da comunicação nenhuma idéia, mesmo que (1) sinta ser ela muito desagradável, (2) julgue-a absurda ou (3) sem importância demais ou (4) irrelevante para o que está sendo buscado. Descobre-se uniformemente que justamente as idéias que provocam as reações por último mencionadas são as que têm valor específico para a descoberta do material esquecido.

2.3 DA ESCUTA

No que se refere a existência da cura pela palavra, tem-se que o sujeito do inconsciente, por ela se faça presente, manifestando-se como lhe convier. Em referida prática, as palavras que desvelam ou velam, o conduzem a associação livre, auxiliado pelo analista.

O objetivo da livre palavra é fazer que o inconsciente se faça presente em análise para, então, ser decifrado pelo próprio analisante.

Ao analista, fica o exercício, durante a associação livre do paciente, de manter uma atenção flutuante, procurando efetivar uma escuta apurada – diferenciada e individualizada -, proporcionando, ao analisante, o encontro dos seus significantes a seu tempo.

Assim, no que se tange a atenção flutuante, Freud (1996b, p. 125) em artigo intitulado “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, afirma que a

técnica é muito simples, a qual rejeita o “emprego de qualquer expediente especial”, incluso, o tomar notas. Alerta da importância de não reparar nada específico e sim “manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ [...] em face de tudo o que se escuta.” Recomenda o não privilegiar nada em escuta. Em continuação (FREUD, 1996b, p.126), esclarece: “Ver-se-á que a regra de prestar igual reparo a tudo constitui a contrapartida necessária da exigência feita ao paciente, de que comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção”.

Na clínica psicanalítica, há de se falar, face sua importância, no manejo transferencial e no processo da contratransferência.

Conforme trazido em Roudinesco e Plon (1998, p. 769), Lacan, em seu seminário de 1964, apresenta a transferência como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, junto ao inconsciente, a repetição e a pulsão, para em seguida defini-la “como a encenação, através da experiência analítica, da realidade do inconsciente”.

Em mesma obra, Roudinesco e Plon (1998, p. 766), define-a em sendo a expressão dos desejos inconscientes do analisando, relacionados aos objetos externos, que passam a se repetir, em experiência analítica, dirigido ao analista que é posto no lugar objetal.

Assim, o paciente transfere para o analista, os sentimentos vividos com outros sujeitos, iniciando-se o movimento transferencial. É um recordar, para repetir e por fim, elaborar.

No que se refere a contratransferência, esta formaliza-se no agrupamento das manifestações do inconsciente do analista em relação às da transferência do paciente, portanto, apresentando-se como efeito da transferência objetal.

2.4 SOBRE O INÍCIO DO TRATAMENTO E ENTREVISTAS PRELIMINARES

No texto “O início do tratamento”, Freud fala em costumeiramente realizar o que denomina de ‘tratamento de ensaio’, com duração de uma ou duas semanas, visando evitar futura interrupção na análise. Em seguida estipula como primeira meta da análise, a de ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista, dando maior atenção ao estabelecimento do diagnóstico, explicitando a necessidade do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose (QUINET, 2009, p.13).

Prossegue Quinet (2009, p. 14) que, em Lacan a expressão entrevistas preliminares é o correspondente ao ‘tratamento de ensaio’ apresentado por Freud. Salienta existir um certo ‘limiar’, distinguindo haver uma porta de entrada na análise da porta de entrada do consultório do analista. Traz haver um tempo de trabalho anterior a análise, citando: “não há entrada em análise sem as entrevistas preliminares”).

Em continuidade do discurso das entrevistas preliminares, Quinet (2009) esclarece a importância de deixar o paciente falar o tempo quase todo, alertando que a interferência somente deve ocorrer, quando necessário fazê-lo prosseguir sua fala. Finaliza, indicando que a tarefa do analista, nesse momento, é a de realçar o discurso do analisante.

Em tais entrevistas, há de se pensar o que Freud explicitou como diagnóstico diferencial e o que Lacan afirmou de não haver entrada em análise sem as mesmas. Devemos ter em vista a existência da clínica estrutural, fundamentada na relação transferencial do analisando para com o analista.

Assim, nas entrevistas preliminares há de se falar em diagnóstico estrutural preliminar, o qual, será ou não, confirmado posteriormente na transferência analítica (LAENDER, 2005).

O diagnóstico diferencial se apresenta como direção da análise – uma hipótese diagnóstica -, somente tendo sentido, em servindo de orientação para condução da mesma. Assim, “...o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito [...]” (QUINET, 2009, p. 18).

Portanto, antes de tudo, a construção do diagnóstico (no momento, uma hipótese diagnóstica), em psicanálise, requer, especial atenção quanto a sua estrutura clínica, observados para o direcionamento da entrada em análise, se neurose, perversão ou psicose. Estas servem para pensar a direção do tratamento, apontam para as estratégias que o analista poderá servir-se para conduzir a análise de seus pacientes.

3 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O presente estudo de caso clínico, desenvolveu-se nas dependências das Clínicas Integradas UNIRN, do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, com período de atendimento compreendido entre os meses de abril e junho de 2017, onde a paciente submeteu-se a sessões de psicoterapia.

3.1 MARCELA IRIA: **uma vinda a procura da volta**

Marcela Iria, 33 anos, apresentou-se as Clínicas em procura de psicoterapia. Preenchido os requisitos, passa a constar da fila de espera para atendimento.

Chegada sua vez, em primeira sessão, Marcela Iria, enquanto motivo de procura psicoterápica, queixa-se, única e exclusivamente, por apresentar “um esquecimento no trabalho”. Queixosa, fala que trabalha em uma loja de shopping em Natal, dedicada ao público feminino, a qual vende produtos de couro dirigida a classe média/média alta.

Narra que seus “esquecimentos” acontecem quando do fechamento da venda. Esclarece que no referido momento, após a emissão do cupom fiscal, há de ser fornecido a entrega da garantia, documento que, além de atestar a qualidade do produto, garante, a seu adquirente, a possibilidade da troca. Acontece que, sistematicamente, a paciente não fornece o mencionado documento. Daí a origem de sua queixa, como também dos seus supervisores.

Conta, não saber o motivo, bem como, que tal “esquecimento”, problematiza suas relações de trabalho. Esclarece que tem contrato de experiência, tendo receio de sua não efetivação no emprego. Nesse contexto é importante salientar que o significativo esquecimento irá retornar em outros momentos de sua psicoterapia.

Um ponto importante para pensarmos a escuta de Marcela, foi a questão de um outro atendimento a qual se submeteu, afirmando “Nem deveria estar aqui”, pois, um ano antes, havia deixado um acompanhamento psicoterápico por ter sido vítima de assédio sexual. Solicitada a melhor esclarecer, fala de mensagens recebidas no celular, originárias do profissional de psicologia, dizendo haver saudades e pedindo por imagens sua – selfie’s. Conclui, narrando ter abandonado a psicoterapia.

É importante destacar as especificidades da escuta orientada pela psicanálise. A escuta analítica se dá pelo trabalho que o praticante se orienta pela

ação do inconsciente e da transferência, sem demandar do paciente que se faça presente fora do contexto do atendimento. Deste modo, a posição adotada foi se ouvir, sem inflar as questões que Marcela relatou com o seu outro momento psicoterápico. Petry (2008, p. 1) destaca que:

É bem conhecido na comunidade psicanalítica que, assim como o paciente deve seguir a regra da associação livre, o analista deve manter a atenção flutuante, pois de nada adiantaria o paciente buscar não selecionar o que vai dizer se o analista vai escolher o que escutar!.

Logo em seguida, inicia uma fala dizendo que sofreu muito e que deveria ter traumas, mas, não os tem. Diz que o pai morreu quando ela nasceu e, sua mãe veio a falecer quando ela tinha 2 anos. Ficou com um tio para ser criada, entretanto, em suas palavras, “ele me deu a um casal para que me criassem”.

Em continuidade, passa a relatar problemas de sofrimento com a mãe, narrando que ficava lavando louça, cuidando da casa e criando a irmã. “Quando eu tinha 6 anos, ela (mãe) teve uma filha, e eu passei a cuidar da minha irmã. Acordava cedo e dava banho nela, dava o café dela e levava ela para a escola. Depois eu cuidava da casa”. E acrescenta afirmando não ter estudado, pois a mãe dizia que “eu não aprendia”, pois fui reprovada 3 vezes na quinta série.

Neste momento, é de preciosidade afirmar os efeitos da decisão tomada pelo praticante em não inflar a primeira fala da paciente, permitindo que outras questões pudessem emergir na sua cadeia discursiva. Petry (2008, p. 2) arrazoa que:

A descoberta freudiana do recalque e do seu efeito no sintoma não deixa o psicanalista inteiramente neutro: ele quer a suspensão do recalque. A abstinência do analista não é jamais a abstinência do desejo como uma renúncia moralista. A neutralidade do analista seria não tomar partido de algum dos termos do conflito inconsciente mais do que do outro.

Retornando à fala de Marcela, a mesma afirma que quando o tio ia visitá-la, sua mãe adotiva, dizia para não contar nada do que acontecia. Apostamos que este não dizer nada, se referia sobre o seu lugar nesta nova família, de cuidadora da irmã e possivelmente do auxílio nos trabalhos domésticos. Esclarecendo que tomava a benção ao tio, “estirando a mão para não ficar perto. Ficar longe”.

Não sabia o motivo, mas não pôde estudar, e quando estudava era em colégio público na cidade que morava – interior de um estado do Nordeste– mas, os

irmãos, em número de dois e mais velhos, estudavam na capital. Ao dizer isto chorou, mas conteve-se. Um choro curto e controlado. Um pouco tremulo, preso... Importante destacar que a paciente falou compulsivamente, por 18 minutos.

Há de frisar, a chegada da paciente com atraso, de 26 minutos. Faz-se necessário destacar que a questão do atraso se fez presente ao longo desse primeiro momento de atendimento.

Após escutar Marcela, podemos pensar numa articulação do sintoma que a paciente apresentara, esquecer de entregar a garantia dos produtos que vendia da loja, com ser entregue aos cuidados de outra família, em seguida, o falecimento dos seus pais, e passar aos cuidados do tio, o qual a visitava. A sua mãe adotiva dizia para não falar nada, garantindo uma casa para morar, mas trazendo um sentimento de privação em sua formação escolar comparando com os seus irmãos adotivos. Questão está que seria atualizada na rua relação com o saber acadêmico, nos anos seguintes.

Aqui faz-se necessário destacar que para psicanálise o sintoma tem um sentido, o qual, segundo Venturini (2007) será desvelado “por meio da fala, do trabalho associativo ao qual dá lugar, que se buscará recuperar a lembrança patogênica, e desse modo dissolver o sintoma. [...] porta aqui um sentido desconhecido, constitui um enigma a ser interrogado e decifrado. ”

A referida autora destaca que o sentido do sintoma inclui tanto o *seu de onde*, ou seja, em que momento da história do sujeito aquele sintoma se estruturou, mas também o *seu para quê*, no qual é possível “reconhecer nessa intenção a satisfação com a qual está comprometido o sentido do sintoma” (VENTURINI, 2007).

A questão do saber retornou na segunda sessão, a qual comparece com 25 minutos de atraso. Nesta consulta conta relata que contou a gerente da loja que tinha graduação e pós-graduação em direito, e que tinha esquecido de dizer durante a seleção. Confidenciou ao estagiário, que na verdade tinha omitido o fato no processo seletivo, destacando que as empresas não gostam de contratar funcionários com graduação superior, em especial, com graduação em direito. Narra que após ter dito ser graduada, a relação com os outros funcionários melhorou.

Tal elemento nos faz pensar a questão que Marcela relatava sobre a sua formação e a que foi oferecida aos irmãos, teria este reconhecimento do seu saber funcionado como uma identificação preciosa para a paciente? Apontando para algo que da sua história, sendo valorada?

Encontramos em Diniz (2006) a afirmação de que no discurso analítico a questão do saber é de ordem “de uma elaboração pessoal, de algo a ser estabelecido e tecido pelo sujeito”, o qual, às vezes trabalha à revelia do sujeito, interferindo no seu lugar nos mais diferentes contextos de sua vida, até mesmo no trabalho. Sendo o saber inconsciente:

O conjunto de determinações que regem a vida de um sujeito. Porém, ele é um saber que lhe escapa, no sentido de que ele o ignora. Ignorância ativa, cheia de ambigüidades, ela incide sobre tudo que constitui o tecido, o próprio ser do sujeito: o que ele esqueceu de sua história, dos acontecimentos por ele vividos, dos pensamentos e dos sentimentos que o constituíram e que ainda o constituem. Deste saber o sujeito nada sabe, a não ser que lhe deve as posições que ocupa no mundo” (DINIZ, 2006)

Em terceira sessão, chega com 21 minutos de atraso, dizendo ter tido um divã (modalidade adotada em lojas de comércio, o qual consiste em uma conversa individualizada do comerciário com o superior), com a gerente e o coordenador de lojas, tendo o supervisor dito que tinha perdido a confiança nela por não ter dito que era formada, ao tempo que cobrou maior empenho nas vendas visando um o bater metas. Tal conversa evocou para Marcela, uma questão. Neste sentido Diniz (2006):

A relação de um sujeito com o saber, portanto, além de incorporar os aspectos objetivos supõe também, aspectos subjetivos marcados pela incidência do inconsciente. Entender a dimensão subjetiva do sujeito em sua relação com o saber pode trazer contribuições também para a compreensão da relação do sujeito com o trabalho, principalmente quando consideramos as inúmeras angústias e ansiedades que percebemos nas estratégias de atuação de diversos profissionais (DINIZ, 2006).

Prosseguindo, em mesma sessão, fala Marcela Iria: “não quero isso para minha vida”, referindo ao emprego, dizendo ter que estudar, para passar na OAB. Percebemos que a conversa com o gerente, evocou na paciente uma decisão, apropriar-se ou não do seu saber. Destarte faz-se jus ressaltar que a relação que o sujeito tem com o saber, tem uma dupla via de articulação, os aspectos objetivos, o conhecimento, que se refere aos processos educativos e socioculturais, mas que aponta para a questão subjetivas, articulados pela incidência do inconsciente (DINIZ, 2006).

Na sessão seguinte, repete o atraso, e inicia dizendo não ter muito o que falar, somente as mesmas coisas de sempre. Prossegue dizendo que, o que tem a

fazer é passar nessa “bendita OAB”, para fazer concurso no estado de nascimento, sinalizando quer voltar a morar neste local.

Numa outra sessão, inicia afirmando que não sabe o que falar. Após algum tempo de silêncio diz que, no trabalho, continua tudo igual e que tem um namoro que não consegue acabar. Não sabe o motivo, dizendo ser ele grosso, bruto e quando telefona (mora em Minas Gerais) a faz chorar. Diz “não sei por que não consigo acabar”... e continua ... “queria entender”.

Recomeça afirmando ser dependente financeiramente dele, para afirmar, também, uma dependência psicológica. Continua narrando que ele diz que ela é incapaz. “Sinto uma tortura psicológica que me acompanha a vida toda. Quando menina, era minha mãe, depois, meu marido, agora dele”. Esta fala nos remeteu a questão da repetição em psicanálise.

A repetição envolve algo de que, por mais que se tente, não se consegue lembrar. O pensamento não consegue encontrá-lo: O que é isso? Isso é o que está excluído da cadeia significante, mas em torno de que cadeia gira. O analisando dá voltas e mais voltas numa tentativa de articular o que parece estar em questão, mas não consegue localizá-lo, a menos que o analista aponte o caminho (FINK, s.d., p. 241 apud ALMEIDA; ATALLAH, 2008).

Ao escutar Marcela e refletir sobre a citação acima, podemos perceber a paciente pode elaborar questões da sua história, que apontam para uma repetição, mas que a convoca a pensar sobre suas escolhas. Isto também nos convoca a pensar a queixa inicial que relatou referente ao seu atendimento com outro terapeuta, ter sido assediada. A partir desta questão, podemos arrazoar que há algo de uma repetição que a paciente não se dá conta que repete. Sobre este aspecto Freud (1996c, p. 165) disserta que:

Sob a nova técnica, muito pouco, e com freqüência nada resta deste deliciosamente calmo curso de acontecimentos. Há certos casos que se comportam como aqueles sob a técnica hipnótica até certo ponto e só mais tarde deixam de fazê-lo, mas outros se conduzem diferentemente desde o início. Se nos limitarmos a este segundo tipo, a fim de salientar a diferença, podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e recalçou, mas o expressa pela atuação ou o atua (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo.

Após faltar uma sessão, sem avisar, comparece, com 35 minutos de atraso e pergunta se ainda podia ser atendida, obtendo a resposta que, por 5 minutos, sim.

Inicia dizendo estar desanimada para continuar a terapia, acha que nem a terapia está resolvendo mais... “sinceramente” ... “tem muitas coisas que eu não era...eu era extremamente organizada e agora não sou mais, agora eu estou assim, não tenho ânimo e fico em casa e não tenho vontade de fazer nada...”. Fala que piorou, e que hoje tem uma revolta que nunca teve, não conseguindo achar uma direção. Volta a afirmar que “acha” que a terapia não está ajudando. Tem a impressão que anda, anda, anda e não sai do lugar.

Em Freud (1916-1917 a, p. 512 apud SANTOS, 1994) encontramos uma questão importante sobre a relação analítica:

Após pequeno lapso de tempo, não podemos deixar de constatar que esses pacientes se comportam de maneira muito peculiar com relação a nós. Acreditávamos, para dizer a verdade, que havíamos colocado em termos racionais, completamente, a situação existente entre nós e os pacientes, de modo que esta pudesse ser visualizada de imediato como se fora uma soma aritmética; não obstante, a despeito de tudo isso, algo parece infiltrar-se furtivamente, algo que não foi levado em conta em nossa soma. Essa novidade inesperada assume muitas formas [...].

Mesmo levando em consideração a hostilidade da paciente, é indagado a ela sobre o sentir após a “fala, fala, fala”, a mesma responde: “bem, bem mais leve, mais eu sou muito objetiva e quero o resultado para ontem”. Encerrando a sessão com: “ficamos por aqui com o sentir-se bem mais leve quando fala”.

Um dia antes da sessão seguinte, surge a comunicação, pela coordenação da Clínica de Psicologia, que a paciente tinha, ao término da sessão anterior, em alto e bom som, junto a recepção, dito que queria trocar de psicólogo pôs o que a atendia, não falava nada, ficava calado e não dizia o que ela tinha que fazer. Foi-se embora, sem esperar resposta.

Este ato da paciente, é possível de ser lido como a manifestação de uma transferência negativa, já sinalizada por Freud acerca da ambivalência afetiva presente nos fenômenos de transferência. Santos (1994) destaca que “é com ela que o analista deve se preocupar, porque este tipo de vinculação reflete, de forma direta, a resistência ao trabalho analítico. ”

E conforme foi escutado do caso, podemos apostar que se trata de um sujeito histérico, nesse sentido é advertido por Nasio (1991) que o histérico explicita uma fantasia em que ele desempenha o papel de uma vítima infeliz e constantemente insatisfeita (NASIO, 1991, p. 15). Marcela queixou-se do profissional

para os atendentes da clínica, solicitando a troca, teria esta alguma relação com seu trabalho? Quando os clientes retornam para se queixar da garantia que não foi oferecida?

Em dia e hora marcados para sessão, sem atraso (pela primeira vez e repetindo-se nas sessões seguintes), comparece a paciente, e dirige-se a recepção, sendo abordada pelo psicólogo (o mesmo), que a convoca ao início da sessão, de pronto atendido, sem queixar-se nada no caminho.

Foi pensado, uma questão importante para a condução do caso, caberia ao psicólogo, cancelar a abdicação da paciente do tratamento? Ou insistir para que o tratamento prosseguisse, e que ela pudesse falar sobre o que a incomodava. Miller (1992, p. 39) nos ensina que:

Alguém vem à análise, o acolhemos sem preconceitos, sem pressupostos, sem saber, sem memória, o acolhemos no início do seu caminho de fala conosco. No entanto, ele veio porque tropeçou no seu caminho, porque há para ele um osso, uma pedra no seu caminho. Nós o convidamos a falar, e o que nos orienta em nossa escuta é que há, no caminho da sua fala, um osso. Antecipamos — talvez seja a única antecipação a que possamos nos permitir — que sua fala vai girar em torno desse osso, em espiral, circunscrevendo cada vez mais perto, até, se posso dizer, esculpir o osso .

No setting pergunta “por onde o senhor quer que eu comece? ” É esclarecido que o espaço é dela. Fala que é tudo a mesma coisa, não sabendo onde parou, nem o que falou. Não tem vontade de prosseguir a terapia por não ver soluções.

Sem tomar como uma questão à prática profissional, foi pensado em uma indicação de Miller (1992) “o analista mesmo quando não fala, suporta o que é dito”, e assim Marcela foi escutada em sua sessão, “pós queixa” do psicólogo. E retorna nas falas aleatórias – reclamationárias –, e por fim, fala do medo de sua não efetivação no emprego, face a aproximação do término do contrato de experiência.

3.2 MARCELA IRIA: o encontro do desejo

Numa outra sessão, chega bem arrumada, serena e contida em sua fala. Narra ter sido dispensada do emprego, tendo passado dois dias desorientada, sem saber o que fazer. Traz que sua despesa é alta e não tendo emprego, não tem como viver. Fala ter telefonado para sua irmã, em da cidade almejada, contando de sua

situação, tendo a irmã dito que ela fosse morar lá e quando arranjasse um emprego, tomaria casa.

Agradeceu, fazendo a consideração que, arranjar um emprego, poderia demorar muito. Repete o mesmo episódio com uma amiga, que também mora na cidade. Pensativa, diz precisar priorizar os estudos para a OAB e concursos visando sua volta a sua cidade.

Na sessão seguinte, a décima e última, Maria Iria, feliz, sorridente e falando compulsivamente, ainda na recepção, diz que, somente veio, para dizer que resolveu voltar para Fortaleza, continuando, seguidamente, sua narrativa a caminho do setting. Tinha contratado a mudança e iria quatro dias depois, juntamente com seu cachorro.

Frisa saber das dificuldades que iria encontrar, falando um pouco da cidade de Fortaleza e da casa da amiga (citada na sessão anterior) que iria abriga-la. Tinha acabado o namoro e imagina em flash's, seu recomeço, enfim na cidade almejada.

Finaliza, agradecendo muito a terapia, frisando que gostou e iria sentir sua falta. Por fim, se pergunta, sobre a possibilidade de iria ter condições de fazer terapia, é indicado que ela busque os serviços escolas das universidades que oferecem o curso de psicologia.

Despede-se Macela Iria, a caminho de sua volta.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escuta psicanalítica, desde o primeiro ano de curso, embebeu-me de prazer. A época, ocasionalmente, deparei-me com um artigo nominado “A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta”. Daí o caminho traçado em direção a Psicanálise, proporcionou-me o feitio do Estágio Profissionalizante, sob orientação da mesma.

O encontro com o sujeito psicanalítico apresentou-me uma visão de psicologia, mas coincidente com meu eu.

Na prática clínica, realizada no decorrer do corrente ano, pude confirmar o quão acertada minha escolha pela profissão.

Ao término do presente trabalho, apresento-me ao novo começo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leonardo Pinto de; ATALLAH. Raul Marcel Filgueiras. O conceito de repetição e sua importância para a teoria psicanalítica. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, jan./dez. 2008.

DINIZ, Margareth. A relação com o saber para a psicanálise. **An 6 Col. LEPSI IP/FE**, USP, 2006. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032006000100049&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 dez. 2017.

FREUD, S. **Dois verbetes de enciclopédia (A) Psicanálise**. 1923. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

FREUD, S. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. 1912. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

FREUD, S. **Sobre a psicanálise**. 1913. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

LAENDER, Nadja Ribeiro. Teoria x prática: impasses contemporâneos. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 28, p. 83-88, set. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372005000100010&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 1 nov. 2017.

MILLER, Dominique e Gerard. **Psicanálise às 18:15**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1992.

NASIO, J. D. A Histeria. **Teoria e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

PETRY, Paulo Padilla. A posição do analista: impasses e alternativas. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 210-231, dez. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 04 dez. 2017.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, Manoel Antônio dos. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 13-27, ago. 1994. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 dez. 2017.

VENTURINI, Silvia. O sintoma e os impasses na análise. **Psyche**, São Paulo, v. 11, n. 20, p. 165-182, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 dez. 2017.