



Pontifícia Universidade Católica De Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa De Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia
Doutorado em Psicologia

A importância do diagnóstico no processo terapêutico: Um estudo de caso na formação em clínica escola.

Viviane Costa Barbosa Campos
Orientadora: Professora Dr^a. Denise Teles Freire Campos

Goiânia, 11 de setembro de 2017

VIVIANE COSTA BARBOSA CAMPOS
ORIENTADORA: PROFA. DRA. DENISE TELES FREIRE CAMPOS

A importância do diagnóstico no processo terapêutico: Um estudo de caso na formação em clínica escola.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde.

Goiânia, 11 de setembro de 2017

B238i Barbosa, Viviane Costa

A importância do diagnóstico clínico no processo psicoterapêutico:

Um estudo de caso na formação em clínica escola.
[manuscrito]

/ Viviane Costa Barbosa Campos.-- 2018.

126 f.: 30 cm

Texto em português com resumo em inglês.

Tese (doutorado) - Universidade Católica de Goiás,
Programa de Pós-Graduação STRICTO SENSU em
Psicologia,

Goiânia, 2018.

Inclui referências, f. 107-117

1. Psicanálise e educação - psicoterapia - Diagnóstico.

2. Psicanálise e educação - sofrimento psíquico. 3.

Psicanálise - clínico-escola - Tocantins (Estado).

I.Campos, Denise Teles Freire. II.Universidade Católica
de Goiás. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 159.9:616.8-

085.85(043)



ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

No dia 12 de setembro de 2017, às 09h, na Sala de Defesas de Teses, Dissertações e Monografias, Bl. D, Área IV, Campus I da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, **Viviane Costa Barbosa Campos**, discente do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia (2012.1.3002.0090-9) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, expôs, em Sessão Pública de Defesa de Tese de Doutorado, o trabalho intitulado **Queixa e Diagnóstico no processo terapêutico: Um estudo de caso na formação em clínica escola**, para Comissão de Avaliação composta pelos (as) docentes: **Dra. Denise Teles Freire Campos** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Presidente da Comissão), **Dr. Marcelo Duarte Porto** (Universidade de Brasília, Membro Convidado Externo), **Dr. Danilo Suassuna Martins Costa** (Instituto Suassuna, Membro Convidado Externo), **Dr. Pedro Humberto Faria Campos** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Convidado Interno), **Dr. Fábio Jesus de Miranda** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Convidado Interno), **Dr. Cristiano Coelho** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Suplente), **Dr. Sebastião Benício da Costa Neto** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Suplente). O trabalho da Comissão de Avaliação foi conduzido pelo (a) docente Presidente que, inicialmente, após apresentar os docentes integrantes da Comissão, concedeu 45 minutos ao (a) discente candidato (a) para que este (a) expusesse o trabalho. Após a exposição, o (a) docente Presidente concedeu a palavra a cada membro convidado da Comissão para que estes arguissem o (a) discente candidato (a). Após o encerramento das arguições, a Comissão de Avaliação, reunida isoladamente, avaliou o trabalho desenvolvido e o desempenho do (a) discente candidato (a) na exposição, considerada a trajetória deste (a) no curso de doutorado. Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação deliberou pela:

Aprovação da tese

A Comissão de Avaliação declara o(a) discente candidato(a) Doutor em Psicologia. A Comissão de Avaliação pode sugerir alterações de forma e/ou conteúdo consideradas aceitáveis, não impeditivas da aprovação do trabalho. As alterações deverão ser indicadas no Anexo ao presente documento e/ou podem constar na versão lida pelo membro da Comissão de Avaliação para a sessão de defesa da tese. Neste caso, a versão lida corrigida deverá ser entregue ao(a) discente candidato(a) no final da sessão. O(A) discente candidato(a) terá o prazo de sessenta (60) dias para os ajustes e entrega da versão final na Secretaria do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, contado a partir da data da sessão de defesa da tese.

Aprovação da tese mediante reformulação

A Comissão de Avaliação determina que o(a) discente candidato(a) terá o prazo máximo de cento e oitenta (180) dias para realizar a reformulação necessária no trabalho, contado a partir da data da sessão de defesa da tese. Os pontos para a reformulação deverão ser indicados no Anexo ao presente documento e/ou podem constar na versão lida pelo membro da Comissão de Avaliação para a sessão de defesa da tese. Neste caso, a versão lida, contendo os pontos da reformulação, deverá ser entregue ao(a) discente candidato(a) no final da sessão. Dentro do prazo para reformulação supramencionado, o(a) discente candidato(a) deverá solicitar à Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia nova avaliação do trabalho, a ser feita através de procedimento específico para casos de reformulação.

Reprovação da tese

A Comissão de Avaliação determina que o trabalho apresentado não satisfaz as condições mínimas para ser considerado tese de doutorado válida à obtenção do título de Doutor em Psicologia. O(A) discente candidato(a) pode interpor recurso à decisão da Comissão de Avaliação no prazo máximo de trinta (30) dias, contado a partir da data da sessão de defesa da tese.

A Comissão de Avaliação:	Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:
 Profa. Dra. Denise Teles Freire Campos Membro Presidente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	 Prof. Dr. Cristiano Coelho Coordenador do Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Marcelo Duarte Porto Membro Convidado Externo Universidade de Brasília	Observações: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS Prof. Dr. Cristiano Coelho Coordenação do Programa Stricto Sensu 1. Documento válido somente em relação à Coordenação e pela Secretaria do PSSP/PROPE/PUC Goiás. 2. _____ 3. _____ 4. _____
 Prof. Dr. Danilo Suassuna Martins Costa Membro Convidado Externo Instituto Suassuna	
 Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos Membro Convidado Interno Pontifícia Universidade Católica de Goiás	
 Prof. Dr. Fábio Jesus de Miranda Membro Convidado Interno Pontifícia Universidade Católica de Goiás	
 Prof. Dr. Cristiano Coelho Membro Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	
 Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto Membro Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	Visto Secretaria: DFD nº: 08/2017 Goiânia, 12, 09 /2017

ANEXO DA ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

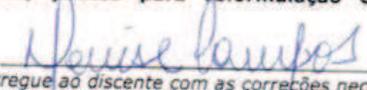
Discente: VIVIANE COSTA BARBOSA CAMPOS

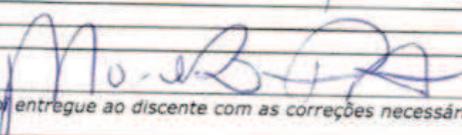
Matrícula: 2012.1.3002.0090-9

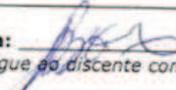
Título da tese: QUEIXA E DIAGNÓSTICO NO PROCESSO TERAPÊUTICO: UM ESTUDO DE CASO NA FORMAÇÃO EM CLÍNICA ESCOLA

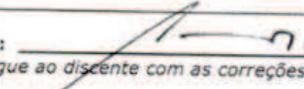
Data do exame: 12 de setembro de 2017

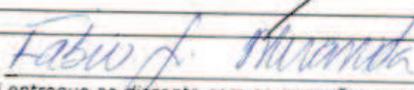
Correções; modificações; alterações; comentários; observações; pontos para reformulação etc. (Assinatura obrigatória).

Profa. Dra. Denise Teles Freire Campos (Membro Presidente) | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.
Observações adicionais (Opcional):

Prof. Dr. Marcelo Duarte Porto (Membro Convocado Externo) | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.
Observações adicionais (Opcional):

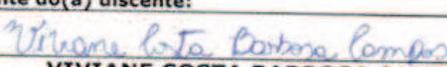
Prof. Dr. Danilo Suassuna Martins Costa (Membro Convocado Externo) | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.
Observações adicionais (Opcional):

Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos (Membro Convocado Interno) | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.
Observações adicionais (Opcional):

Prof. Dr. Fábio Jesus de Miranda (Membro Convocado Interno) | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.
Observações adicionais (Opcional):

Prof. Dr. Cristiano Coelho (Membro Suplente) | Assinatura: _____
Assinale em caso afirmativo: O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.
Observações adicionais (Opcional):

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto (Membro Suplente) | Assinatura: _____
Assinale em caso afirmativo: O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.
Observações adicionais (Opcional):

Ciente do(a) discente:	Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:
 VIVIANE COSTA BARBOSA CAMPOS Discente Candidata 2012.1.3002.0090-9 Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Goiás	Visto Secretaria: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS DFD nº: 08/2017  Secretária do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia Goiânia, 12, 09, 2017

VIVIANE COSTA BARBOSA CAMPOS

Barbosa, V. C. (2017). A importância do diagnóstico no processo terapêutico: Um estudo de caso na formação em clínica escola.

Orientadora: Professora Doutora Denise Teles Freire Campos

Esta tese foi apresentada à banca de defesa, como exigência para a obtenção do título de Doutor em Psicologia do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 11 de setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Denise Teles Freire Campos
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da Banca

Prof. Dr. Marcelo Porto
Universidade de Brasília - UNB
Membro Convidado Externo

Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro Convidado Interno

Prof. Dr. Fábio Jesus de Miranda
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro Convidado Interno

Prof. Dr. Danilo Suassuna Martins Costa
Membro Convidado Externo

Dedico este trabalho: ao meu avô José Batista da Costa e a minha avó Nadir Arantes Costa, que são exemplos de pessoas e sinônimos de dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, por me dar sabedoria para superar as dificuldades, por me mostrar o percurso nas horas incertas e por suprir a todas as minhas necessidades.

À minha orientadora e amiga, a professora doutora Denise Teles Freire Campos, por ter acreditado em mim, por me mostrar o caminho da ciência, por fazer parte da minha história nos momentos bons e ruins, por ser um exemplo de profissional e de mulher. Agradeço o apoio constante e a amizade.

Ao professor e amigo doutor Pedro Humberto Faria Campos, por sua ajuda nos momentos mais críticos, por acreditar no futuro deste estudo e contribuir para o meu crescimento profissional. Também por ser exemplo a ser seguido. Sua participação foi fundamental para realização deste trabalho.

Ao professor Fábio Jesus Miranda, pelas considerações no exame de qualificação — importantes para a concretização deste estudo e pelos ensinamentos.

Ao professor doutor Marcelo Porto, pelos ensinamentos, por aceitar participar da banca examinadora e pelas considerações importantes a respeito do trabalho.

Ao professor doutor Danilo Suassuna Martins Costa, pela disposição em contribuir com este trabalho e por aceitar participar da banca de defesa.

A minha família, que amo muito. Agradeço o carinho, a paciência e o incentivo.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

— MARTIN LUTHER KING

RESUMO

O presente trabalho buscou compreender a importância do diagnóstico na direção do tratamento nos processos de atendimentos clínicos em uma clínica-escola de psicologia no estado do Tocantins. Suas origens remontam a questionamentos sobre a direção do tratamento. Seu objeto de estudo foi o “caso Bárbara”, analisado na perspectiva psicanalítica. O objetivo foi reconstruir um caso clínico problematizando a queixa psicológica com os atendimentos realizados para refletir sobre a importância do diagnóstico no percurso dos atendimentos psicoterápicos. Tal reconstrução apresenta reflexões sobre a “queixa psicológica”, o sofrimento psíquico, o diagnóstico e a direção do tratamento. Para preservar o anonimato do caso e para o respeito ético, a paciente será referida através do pseudônimo de Bárbara. Os atendimentos psicológicos foram realizados por uma estagiária de psicologia do nono período e que recebia supervisões semanais. As sessões tinham duração de 50 minutos, uma vez por semana na clínica escola da Faculdade Integrada de Ensino Superior de Colinas. A pesquisa é de cunho qualitativo com ênfase na abordagem psicanalítica com o intuito de contribuir para a formação de profissionais que trabalham com processos psicoterápicos. Ao se tratar do campo das psicoterapias pela fala não se pode dissociar a terapêutica dos aspectos psicopatológicos, pois pode implicar um prejuízo no processo. A um paciente que tem um modo dinâmico de subjetivação psicótica, o tratamento não pode ser conduzido com a mesma orientação clínica de um neurótico. A hipótese diagnóstica é importante nessa orientação e tem de ser tratada não como algo estático, mas com algo dinâmico. A perspectiva do diagnóstico em psicologia psicanalítica não adota uma postura generalista e sim um estudo de cada caso para compreender a dinâmica e o funcionamento de cada sujeito para poder tratar o seu sofrimento. A intenção foi buscar uma metodologia clínica que pudesse compreender o sujeito e poder orientá-lo a aprender com seu próprio sofrimento.

Palavras-chave: psicanálise, diagnóstico, sofrimento psíquico e clínica-escola.

ABSTRACT

The present work sought to understand the importance of the diagnosis in the treatment direction in the clinical care processes in a clinic-school of psychology in the state of Tocantins. The realization of this thesis arose from the questions about the direction of the treatment. Discussion object of this study will be the Barbara case that will be analyzed from a psychoanalytic perspective and whose objective is to present the reconstruction of a clinical case with the purpose of discussing the psychological complaint with the consultations performed in order to reflect and rethink the importance of the diagnosis During the course of psychotherapeutic care. From this reconstitution, some reflections on "psychological complaint", the psychic suffering, the diagnosis and the direction of the treatment are woven. To preserve the anonymity of the case and proceed to its ethical respect the patient will be referred to by the pseudonym "Barbara". Psychological appointments were performed by a psychology trainee from the ninth period who received weekly supervisions. The sessions lasted 50 minutes, once a week at the clinic school of the Colinas Integrated Higher Education College. The research is qualitative with an emphasis on the psychoanalytic approach with the aim of contributing to the training of professionals working with psychotherapeutic processes. When dealing with the field of speech psychotherapy, it is not possible to dissociate therapy from psychopathological aspects, since it may imply a loss in the process. For example, a patient who has a dynamic mode of psychotic subjectivation, treatment can not be conducted with the same clinical orientation of a neurotic. The diagnostic hypothesis is important in this orientation and can not be treated with something static but rather dynamic. The perspective of the diagnosis in psychoanalytic psychology does not adopt a generalist position, but a study of each case to understand the dynamics and the operation of each subject to be able to treat their suffering. Thus, the intention was to seek a clinical methodology that could understand the subject and with that to guide the subject so that he could learn from his own suffering.

Keywords: Psychoanalysis, Diagnosis, Psychic and Clinical Suffering-School

RESUMEN

O presente trabalho buscar un diagnóstico médico en el tratamiento de los procesos clínicos en una clínica y una escuela de psicología en el estado de Tocantins. A partir de los cuestionamientos sobre una dirección del tratamiento. Objeto de debate sobre este estudio será el caso Bárbara que se ha analizado en una perspectiva psicanalítica y que tiene como objetivo presentar una reconstrucción de un caso clínico con una finalidad de discutir una queixa psicológica con los servicios médicos para poder reflejar y repensar sobre un valor del diagnóstico Durante el período de atención psicoterápicos. A partir de la reconstitución de las reflexiones sobre "queixa psicológica", o sofrimento psíquico, diagnóstico y tratamiento. Para conservar el anonimato del caso y proceder a su examen ético de un paciente por el pseudónimo de "Barbara". Los atendimientos psicológicos se realizaron por una estagiaría de psicología del no período y que recibía supervisões semanais. Como sesiones duraderas de 50 minutos, una vez por semana en la escuela clínica de la Facultad Integrada de Ensino Superior de Colinas. Una investigación con un enfoque cualitativo con una metodología psicanalítica con una intuición de contribuir con una formación de profesionales que trabaje con procesos psicoterápicos. Ao se tratar de campo de las psicoterapias por hablar no se puede dissociar una terapéutica dos psicopatológicos, pois, puede implicar en un obstáculo no proceso. Por ejemplo, un paciente que tiene un modo dinámico de subjetivación psicológica, el tratamiento no puede ser conducido con un mismo orientación clínica de un neurótico. A hipótese diagnóstica es importante en la orientación y no puede ser tratada con algo estático y sim dinâmico. Una perspectiva diagnóstica en psicología psicanalítica no adota una postura generalista y simula un estudio de cada caso para una dinámica y el funcionamiento de cada sujeto para poder tratar de su sofrimento. Assim, una intención de búsqueda de una metodología clínica que pueda ser objeto de sujeción y con ello poder orientar o sujetar para aprender con su propio sufrimiento.

Palavras claves: Psicanálise, Diagnóstico, Sofrimento Psíquico y Clínica-Escola.

Sumário

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – PRÁTICA CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E PSICANÁLISE	15
1.1 Evolução histórica dos aspectos psicopatológicos	15
1.1.1 Configuração atual das psicopatologias e do diagnóstico	20
1.1.2 Psicopatologia na perspectiva psicanalítica	29
1.1.3 Entrevista inicial (queixa) na prática clínica	33
1.2 Prática clínica, avaliação diagnóstica e construção em psicanálise	41
1.2.1 Transferência e percurso do tratamento	49
1.2.2 Interpretação e construção em análise	54
1.2.3 Relato de caso clínico e pesquisa	58
CAPÍTULO 2 – CLÍNICA-ESCOLA E FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL EM PSICOTERAPIA	62
2.1 Formação do psicólogo para psicoterapia	62
2.2 Clínica-escola, organização e processo terapêutico	68
2.3 Procedimentos e avaliação do processo terapêutico	74
CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO, PROCESSO CLÍNICO E FORMAÇÃO NA CLÍNICA- ESCOLA: UM ESTUDO DE CASO.....	82
3.1 Estratégias metodológicas	82
3.1.1 Síntese da história do caso de Bárbara, “a estrangeira”	88

3.2 Discussão do caso clínico com base na relação entre queixa e diagnóstico	89
3.2.1 Caso de Bárbara, “a estrangeira”	90
3.2.2 Relação do diagnóstico médico com a queixa e o caso até o fim do processo	91
3.2.3 Construção do caso clínico.....	93
CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXO 1 – MATERIAL DE ESTUDO: PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO	118
Relatório de triagem — 18/4/2013.....	118
1º atendimento - 25/04/2013	119
2º atendimento-02/05/2013	121
3º atendimento - 09/05/2013	122
4º atendimento - 16/05/2013	124
5º atendimento-23/05/2013	124
6º atendimento-06/06/2013	125
8º atendimento- 20/06/2013	126

INTRODUÇÃO

A psicologia é uma ciência cujo objeto de estudo não pode ser visto como paradigmático, considerando a diversidade de suas teorias e a complexidade das práticas profissionais. O objetivo deste trabalho é investigar o campo da psicoterapia clínica com base na perspectiva psicanalítica e discutindo a formação de alunos durante a graduação em uma clínica escola. Foi feito um estudo de caso do caso atendido com o seguinte propósito de investigação: verificar e avaliar a função e o benefício do diagnóstico psicológico na direção do tratamento segundo o ponto de vista psicanalítico acerca do desenvolvimento do processo psicoterápico, da elaboração de diagnóstico e de seu papel no transcorrer da terapia, em um caso conduzido durante a formação em clínica-escola. O objeto deste estudo inclui o lugar do diagnóstico no processo psicoterapêutico e o relato de caso estudado, tomando um caso empírico como ilustração.

Na formação em psicologia, parece existir uma lacuna na transmissão desse conhecimento clínico e na discussão sobre o diagnóstico como fio condutor do processo psicoterápico. Pode-se supor, nos tempos atuais, uma desvalorização da psicopatologia psicológica no âmbito da formação acadêmica e das matrizes curriculares dos cursos de Psicologia, assim como a valorização do ensino de práticas diagnósticas fundadas no modelo médico e nos parâmetros da psiquiatria pragmático-instrumental (Costa Pereira, 2000).

A psicoterapia clínica é uma arte que vai sendo desenvolvida ao longo da experiência clínica, através de estudos, supervisão e tratamentos a que o psicoterapeuta se submete. No livro *Cartas a um jovem terapeuta*, Calligaris (2004) responde a uma pergunta lhe dirigida por uma amiga

jovem: que faculdade ele lhe indicaria cursar: Medicina e Psiquiatria ou Psicologia clínica? Ele diz:

Na verdade, tanto faz, porque nem o psiquiatra nem o psicólogo clínico se formam para serem psicoterapeutas. Se você quer ser um psicoterapeuta, o essencial de sua formação acontecerá depois da faculdade ou, quem sabe, durante seus estudos. De qualquer forma se dará fora da academia (p. 55).

Com efeito, além de ser complexa a formação em psicoterapia clínica — dada a subjetividade do processo — existe uma pluralidade de diálogos teóricos no campo da psicopatologia e uma tentativa de unificar os sinais e sintomas de determinadas patologias por meio dos manuais diagnósticos. Freud apontou que é necessário observar a singularidade do sujeito; no início do tratamento, era necessário fazer um diagnóstico clínico para elaborar um plano de atendimento.

Freud (1894; 1896; 1914c; 1917b; 1920; 1924b/2006) classificou duas entidades nosográficas: as neuroses narcísicas — hoje denominadas de psicose (esquizofrenia, paranoia e melancolia) — e as neuroses de transferência (histeria, obsessão e fobia). Para ele, o tratamento analítico era contraindicado a quem tinha uma estruturação psicótica; ele acreditava que os laços de transferência não eram estabelecidos com a figura do analista. Essa posição passou a ser relativizada em todo campo psicanalítico após as contribuições de Lacan para a clínica das psicoses.

O lugar do diagnóstico no processo terapêutico é importante para articular uma discussão na direção do tratamento durante o processo clínico. Porém, parece que o estudo de psicopatologia psicológica está sendo dissociado da atuação prática da formação clínica: o ofício é ensinado para os estudantes em uma realidade que não é a sua área de sua formação; logo, o ensino da psicopatologia se sustenta nas práticas e normatizações médicas; dá-se de uma maneira estranha

às práticas do psicólogo. Por outro lado, a prática é ensinada sem um “olhar psicopatológico”, ou seja, é a-teórica. Quando o aluno vai para a prática e aprende o processo psicoterápico, desprestigia a importância do diagnóstico em psicopatologia da sua prática clínica.

CAPÍTULO 1 – PRÁTICA CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E PSICANÁLISE

1.1 Evolução histórica dos aspectos psicopatológicos

O conceito de comportamento anormal foi tratado diversamente pela sociedade, ou seja, conforme o contexto sócio-histórico. Na Antiguidade clássica, a origem da loucura não é apenas mitológica, como também teológica. As consequências da loucura passam pelo plano da realidade física e social; porém, a “decisão” de se “tornar louco” cabia aos deuses. Essa possibilidade foi descrita nas obras de Homero e Hesíodo, poetas da Grécia antiga que tematizaram as tragédias humanas (Pessotti, 1994). Na modernidade, a questão se desloca para o chamado funcionamento “a-normal da consciência” (Paim, 1993, Jaspers, 1979).

A interferência transitória sobre o pensamento e a ação do homem que o levava a ter comportamentos anômalos e nocivos era conceituada por um estado de *atê*. O termo *atê* passa a ser ampliado e entendido como um estado de espírito de quem transgride a ordem. A transgressão é vista como um castigo pelos passos errados. Embora nenhuns dos três poetas gregos tivessem a pretensão de explicar a psicopatologia humana — a intenção era escrever sobre a vida humana com suas tragédias e aberrações —, permeiam suas palavras os termos loucura e mania, dentre outros. A loucura era vista como produto de um conflito interno entre paixão e norma, razão e instinto (Pessotti, 1994).

Hipócrates (460 a. C.–370 a. C.) tenta explicar o comportamento anormal com base na sua convicção organicista. Ele invalida a explicação de doença mental de origem mitológica e enfraquece o conceito de loucura operada pela tragédia grega, que era uma concepção

psicológica de alienação, sobretudo nas obras de Eurípedes (480 a. C.–406 a. C.). Porém, “[...] a doutrina de Hipócrates resultará, dado seu vigor intrínseco como sistema de ideias, num possível retardo do desenvolvimento ou advento de uma explicação ‘psicológica’ da loucura e, conseqüentemente, de uma ‘psicoterapia’” (Pessotti, 1994, p. 51).

Os pensamentos de Hipócrates definem o curso da história sobre o conceito e a origem da loucura e influenciam o pensamento médico e a psicopatologia até meados de século XIX. A loucura passa ser vista como doença orgânica, estado anormal do cérebro. A causa é atribuída a algum desequilíbrio humoral em razão de alteração de estado físico de humores ou mudança na localização no interior no corpo (Holmes, 1997; Pessotti, 1994). As alterações humorais podiam resultar na síndrome chamada mania ou na síndrome denominada melancolia.

Hipócrates faz a distinção descrita dos dois quadros clássicos da loucura. Ele explica que as alterações comportamentais ou mentais são meros sintomas que os pacientes podiam relatar, a exemplo do delírio (Holmes, 1997; Pessotti, 1994). Galeno (130 d. C.–210 d. C.), filósofo e médico romano, afirma que algumas pessoas nascem com predisposição para determinados temperamentos. Os problemas das pessoas surgiam quando não existia equilíbrio entre os quatro estados de humores: o sanguíneo, o fleumático, o colérico e o melancólico. A cura era baseada em dietas e exercícios; nos casos extremos, os tratamentos incluíam purgações e sangrias. As contribuições teóricas de Hipócrates eram baseadas em uma fisiologia metafísica em que ele cria a concepção “médica” de loucura e instituiu o método clínico da loucura.

Pinel (1745–1826) foi o primeiro médico a descrever os sintomas da loucura e classificá-los. Influenciado por Hipócrates e discípulo do Condillac (1714–80), acreditava que a verdade médica era provinda da experiência clínica. As suas contribuições desmistificam o conceito de loucura atribuída na Idade Média (500–1500 d. C.); ou seja, quando a ideia de origem mitológica

da patologia retorna: a loucura volta a ser caracterizada como estado de possessão demoníaca, logo a função terapêutica era exercida pela figura do exorcista.

A obra de Pinel foi publicada em 1801 e reeditada em 1809 com poucas alterações. Para a psiquiatria, é um tratado de extrema importância, pois essa inaugura uma especialidade médica. Pinel admite a origem afetiva e passional da loucura e descarta a possibilidade de correlatos orgânicos para alienação. Seu método consistia da observação minuciosa de comportamentos dos pacientes, de sintomas em suas mais formas variadas e as propriedades comuns entre elas que serviam de critérios de classificação e diagnóstico. Com isso, as buscas das alterações orgânicas ficaram para segundo plano. Esquirol (1772–1840) deu continuidade à obra de Pinel ao desenvolver sua contribuição no campo da psicopatologia com a observação sistemática dos seus casos clínicos. Ele faz uma delimitação precisa dos quadros nosográficos.

Embora a loucura tenha sido introduzida no campo da medicina desde o fim do século XVII, não existiam modelos ou definições claras e sistematizadas para caracterizar os tipos clínicos da doença mental. Assim, as contribuições metodológicas de Pinel e Esquirol dão ênfase a um trabalho clínico de observação sistematizada para delimitar enunciações clínicas e particularidades dos sintomas. De acordo com a concepção de Pinel, a loucura era resultado de uma paixão exagerada: o louco era vítima de uma confusão das suas funções mentais do sistema nervoso central. Para ser mais preciso na informação, ele fala de confusão das funções intelectuais, essa suposição dá uma nova direção à psiquiatria. Isso porque, antes de Pinel e Esquirol, todos os indivíduos alienados eram misturados: não havia classificação distinta para a “loucura”: delinquentes, prostitutas, bandidos e loucos pertenciam à mesma categoria.

Em relação à etiologia da doença, Pinel reconhece as causas hereditárias, porém não lhes dá ênfase. Antes, ressalta a importância de fatores não hereditários, tais como situações traumáticas

para o indivíduo. Mesmo continuando o trabalho de Pinel, Esquirol traz avanços significativos no plano teórico da “doença mental”. De maneira sistematizada, ele revê o conceito de melancolia. Na classificação nosográfica das doenças mentais, ele diferencia quatro grupos principais: a idiotia, a demência, a mania e as monomanias; e separa doenças de caráter orgânico das perturbações de origem psíquica.

Falret (1794–1890) — segundo Ramos (2010, p. 296) — “[...] pode ser considerado a terceira grande figura da medicina mental francesa da primeira metade do século XIX, tendo sido aquele que, após Pinel e Esquirol, foi responsável por dar o acabamento final à obra de fundação da psiquiatria clínica e da patologia mental”. Seu método clínico continha três conceitos-chave: o enquadre dialético, a perspectiva evolutiva e a supremacia do sujeito. O primeiro estava voltado para a compreensão do fenômeno físico e psicológico, do que era falado, do que era apresentado e do que estava em falta. O segundo aspecto destaca o processo psicopatológico como construção histórica em criação constante; nele, a explicação acontece se for considerado o desenvolvimento no tempo com item analítico. Enfim, o terceiro aspecto aponta que cada pessoa é sujeito de sua loucura e produz uma narrativa singular dela.

Esse rol de estudiosos supõe ainda a contribuição de Kraepelin (1856–1926). Nascido no mesmo ano que Freud (1856–1939), seguiu caminho diferente do dele no campo da psicopatologia; mas não sem contribuições significativas. Seu tratado recupera a influência europeia sobre a tradição semiológica da psiquiatria, tal como um sistema para sua classificação (Pereira, 2001). Em 1876, executa seu estágio no laboratório de psicologia experimental de Wundt (1832–1920), de quem recebe influência para seguir carreira no campo da psicopatologia. Em 1883, foi publicado seu tratado de psiquiatria (Pereira, 2001).

Freud, em 1883, é contratado pela clínica de Meynert, onde tem sua primeira experiência em psiquiatria. Nos desdobramentos de seu pensamento, Freud transcende o campo da observação dos comportamentos e da explicação orgânica para os processos psicopatológicos. Apresenta a hipótese de que a causa dos problemas da histeria não era orgânica; era psicológica. Sua psicanálise fundamenta-se em discussões diferentes das utilizadas pela psicologia experimental. Na concepção de Freud, a manifestação dos conflitos está além das observações manifestas, pois cada manifestação costuma ter um significado para quem a manifestou.

A associação livre é um método desenvolvido por Freud para o tratamento das neuroses. Através dessa técnica, ele “descobre o inconsciente” e desenvolve uma fundamentação teórica do funcionamento psíquico das patologias da época: neurose, psicose e perversão. Para o campo da psicopatologia, inclui a descrição e a classificação das “doenças mentais”, sobretudo na criação do conceito de “demência precoce”. Seu método era fundado na observação e descrição precisa de manifestações clínicas e visava demarcar sua evolução.

Freud desenvolve um trabalho no campo da psicopatologia voltado para a singularidade do sujeito; em contrapartida, Jaspers (1883–1969) desenvolveu uma psicopatologia com fundamentos na fenomenologia de caráter generalista. Nascido numa cidade alemã, esse último autor era médico psiquiatra e, em 1913, aos 30 anos de idade, publica sua obra *Allgemeine Psychopathologie* (ou seja, psicopatologia geral). Seu objetivo era agregar dois modelos de ciências para explicar o fenômeno psíquico: o modelo causalista-explicativo, empregado pelas ciências naturais, e o modelo histórico-compreensivo, aplicado pelas ciências sociais. Na obra, o que lhe conferiu destaque central na história da psicopatologia foram sua crítica metodológica e sua sistematização de dados. Sua função se compôs em mapear suportes conceituais e métodos vigentes pelo exame de suas virtudes e limitações quando aplicados individualmente. Com base

na especificação e no entendimento dos casos individuais, ele propôs um modelo geral de psicopatologia (Rodrigues, 2005; Moreira, 2011).

De volta para a singularidade, Pierre Fédida foi o fundador da psicopatologia fundamental. O autor não dispensa saberes adquiridos pela psicopatologia geral de Jaspers nem a contribuição de outros saberes que tentam entender o sofrimento psíquico. Sua abordagem, porém, não se volta à descrição e classificação da doença mental como é expressa pelo sujeito; antes, baseia-se na ideia de que o sofrimento, quando transformado em narrativa, e a paixão e o assujeitamento, quando se transformam em experiência, têm um valor significativo na vida do indivíduo. Quando o sujeito encontra palavras para expressar seu *pathos*, pode ocorrer um efeito terapêutico, a modificação da posição do sujeito em relação ao seu próprio psiquismo (Fédida, Lacoste, 1998; Pereira, 1998; Berlinck, 2000; Ceccarelli, 2003; Florsheim, Berlinck, 2009).

Esses apontamentos históricos dão uma medida dos pontos de partida para o que redundaria naquilo que se pode chamar de quadro das psicopatologias e do diagnóstico na contemporaneidade.

1.1.1 Configuração atual das psicopatologias e do diagnóstico

De acordo com Paim (1993), na sua orientação fenomenológica a psicopatologia é uma ciência que tem por objetivo o estudo de acontecimentos psíquicos anormais. A psicopatologia é diferente da posição das ciências naturais, pois o seu estudo é descritivo e centraliza a sua atenção na experiência vivida pelos enfermos. Nesse sentido, pode-se chamar de empírica. O conhecimento vem da experiência e pelo requisito da prática: único critério de conhecimento. A psicopatologia é uma ciência que surge dentro dos hospícios de alienados. Aos poucos, torna-se independente da psiquiatria. Sua utilidade se projeta em meio a psicólogos, psiquiatras e sociólogos, ou seja, representantes das ciências humanas (para Paim, até o historiador pode se

beneficiar dos fundamentos da psicopatologia ao tentar reconhecer e recompor, por exemplo, o comportamento de líderes políticos que tentaram mudar os cursos da humanidade). Por mais que exista uma resistência a aceitar a independência entre psiquiatria e psicopatologia, Paim insiste nessa posição: para ele, a psiquiatria tradicional quer transformar a psicopatologia em capítulos de seus tratados.

A psicopatologia é um campo de conhecimento que precisa de estudos e discussões constantes, além de ter como objetivo fornecer referência de classificação e a finalidade de explicar as modificações do modo de vida, da personalidade, do comportamento que se desviam da norma e/ou ocasiona o sofrimento. Nesse debate, cabe a referência não apenas a uma psicopatologia, mas também a psicopatologias.

Com efeito, Dalgalarrondo (2000) relata que os conflitos de ideias não é fragilidade; é necessidade. Não se prossegue em psicopatologia rejeitando-se e eliminando-se as diferenças teóricas e conceituais; antes, é por meio do esclarecimento das diferenças. Ao mesmo tempo, as tensões dessas propostas metodológicas diferentes que fazem parte da constituição do campo psicopatológico não podem ser impostas por uma linguagem comum aos campos diversos (Fédida, 1998, Banzato, Pereira, 2005).

Dalgalarrondo (2000) dividiu as escolas de psicopatologia de maneira contrastante: psicopatologia descritiva *versus* psicopatologia dinâmica; psicopatologia médica *versus* psicopatologia existencial; psicopatologia comportamental-cognitiva *versus* psicopatologia psicanalítica; psicopatologia categorial *versus* psicopatologia dimensional; psicopatologia biológica *versus* psicopatologia sociocultural e psicopatologia operacional *versus* psicopatologia fundamental.

Dalgarrondo (2000) e Leite (2001) apontam que a psicopatologia descritiva está interessada na forma das modificações psíquicas, na estrutura dos sintomas, naquilo que qualifica a experiência patológica como sintoma. No entanto, a psicopatologia dinâmica está interessada no conteúdo da vivência, ou seja, nos movimentos internos dos afetos, nos desejos, na sua experiência individual. Na perspectiva dinâmica — diz Holmes (1997) —, o que origina o comportamento anormal é o conflito intrapsíquico; daí que a prática em saúde mental implica equilibrar as abordagens considerando o diagnóstico objetivo e uma avaliação qualitativa e subjetiva do doente e sua doença (Dalgarrondo, 2000; Leite 2001).

A psicopatologia médica está centrada no ser biológico, ou seja, no adoecimento mental relacionado com um não funcionamento do cérebro. No entanto, na psicopatologia existencial o doente é considerado na sua existência singular; a experiência do ser é particular de cada sujeito, na relação com o outro. Por isso, não é visto como ser biológico ou psicológico; é visto com seu modo particular de existência. Na psicopatologia comportamental cognitivista, o ser humano é entendido como junção de comportamentos observáveis, verificáveis e guiados por estímulos específicos e gerais; a análise é feita através das variáveis ambientais causais de seus comportamentos. Dessa forma, todo o comportamento é resultado da interação entre ambiente e organismo, seja ele “normal” ou “patológico”. Relacionada com essa visão, a lógica cognitivista foca sua atenção nas expressões conscientes de cada indivíduo. O funcionamento mental “normal” e “anormal” é observado através dos aspectos conscientes (Dalgarrondo, 2000; Holmes, 1997).

Para a psicopatologia fundada na experiência psicanalítica, o sujeito é percebido através dos desejos e conflitos inconscientes; as síndromes e os sintomas são considerados como manifestação dos conflitos inconscientes. Já a psicanálise tenta compreender a singularidade do

indivíduo na manifestação do seu adoecimento, no qual o sintoma é visto como formação de compromisso entre o desejo inconsciente, as normas e as permissões de sua cultura com a possibilidade de satisfação desse desejo. O “enredo conflitivo” inconsciente é identificado como sintoma patológico (Dalgarrondo, 2000).

A psicopatologia categorial considera importantes as entidades nosológicas para demarcar os contornos e as fronteiras dos critérios diagnósticos. Isso quer dizer que cada categoria diagnóstica constitui sua essência básica. Por outro lado, a abordagem dimensional não está associada apenas à visão categorial, mas também às dimensões dessas categorias, o que inclui dizer que pode existir aumento ou diminuição de maneira gradativa, contínua, de grau em grau no quadro clínico do indivíduo. A abordagem biológica enfatiza que o comportamento anormal está ligado a aspectos da neuroquímica — da estrutura cerebral — e as alterações dos mecanismos neuronais — base do transtorno (Dalgarrondo, 2000; Holmes, 1997). A perspectiva sociocultural se sustenta nas normas, nos valores e nos símbolos construídos culturalmente — os sintomas recebem seu significado (Dalgarrondo, 2000; Leite, 2001). Na psicopatologia operacional-pragmática, a natureza do sintoma ou da doença não é questionada; nem mesmo os fundamentos de certas definições o são — esse modelo é adotado por classificações atuais de transtornos mentais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID). Em contrapartida, a psicopatologia fundamental está ligada ao *pathos* do indivíduo (Dalgarrondo, 2000). O DSM-IV foi elaborado em 2000. Na versão três do manual, a influência psicanalítica era predominante. A versão atualizada é o DSM-V, cujo órgão regulador é a associação de psiquiatria dos Estados Unidos. O DSM V é a-teórico.

Vários profissionais da saúde fazem o uso indiscriminado dessa “bíblia da psiquiatria” sem questionar o que realmente o sujeito tem; observam só os sinais e sintomas para identificar a medicação adequada ao tipo de diagnóstico. Isso exime a responsabilidade do sujeito sobre seu próprio sofrimento. Dunker e Neto (2011) fazem uma análise crítica do uso do DSM mediante uma reconstrução histórica: desde sua constituição até a hegemonia de seu uso na psiquiatria. Nesse processo, o sofrimento mental passa ser observado como questão de saúde pública. Os transtornos mentais seriam síndromes conjuntos de sinais e sintomas utilizados para estabelecer o diagnóstico. Na visão de seus idealizadores, o sistema de diagnóstico serve não apenas para realizar o diagnóstico, mas também de instrumento de pesquisa e comunicação internacional e padronização do diagnóstico.

De acordo com Pereira (1997), não resta dúvida de que houve tentativa de “apagar” a herança humanista e psicanalítica, como no caso da neurose de angústia que foi substituída pela chamada síndrome do pânico; e que tal substituição se abre à possibilidade de intervenção medicamentosa. Contudo, ao fazer o uso apenas da medicação, o sujeito se fecha à possibilidade de questionar a falta; ou seja, o discurso capitalista anula o sujeito do desejo para substituí-lo pela figura do sujeito passivo.

Autores centrais do campo da psicopatologia falam em “psicopatologias”, tal é a dificuldade de definição em uma abordagem única. Esse cruzamento é difícil de ser interligado. São dois polos de extremos. Um extremo é o da generalidade; outro é o da singularidade. Dito de outro modo, em um ponto estaria a psicopatologia geral de Jaspers; em outro, a psicopatologia psicanalítica de Freud. O dado comum dessas encruzilhadas epistemológicas seria o sofrimento psíquico.

No processo terapêutico, o lugar do diagnóstico é importante para articular uma discussão do tratamento durante o processo clínico. Porém, é necessário assumir uma posição crítica em relação aos sistemas de classificação como o DSM, que tenta unificar a classificação diagnóstica. A concepção da psiquiatria dominante adota critérios operacionais para definir o diagnóstico em psicopatologia. Busca um conjunto de traços, sinais e signos para fazer a leitura semiótica da expressão dos traços anormais.

A psicanálise traz contribuições significativas que entrelaçam as outras abordagens do campo psicopatológico. Ela introduz rupturas nesses conhecimentos prevalentes, em que se discute o conceito da normalidade e do anormal, com influência no campo das psicoterapias e reposicionando o sujeito — o sujeito do desejo. A gênese da clínica psicanalítica é marcada pelo encontro de Freud com as histéricas. No texto “Obsessões e fobias”, de (1895b), ele percebe que as ideias delirantes da paranoia em psiquiatria situavam-se nas ideias obsessivas com distúrbio puramente intelectual.

Afora a complexidade da realização do diagnóstico psicopatológico — dada a pluralidade de sinais e signos —, é necessário observar a singularidade do sujeito, como observou Freud. Existe mais um agravante: “o divórcio” do estudo de psicopatologia psicológica nos cursos de Psicologia. O ofício é ensinado para os estudantes em uma realidade que não é sua área de sua formação; logo, o ensino da psicopatologia se dá de uma maneira a-teórica, em que, quando o aluno vai para a prática e aprende o processo psicoterápico, desprestigia a importância do diagnóstico em psicopatologia em sua prática clínica.

A intenção de fazer um diagnóstico na clínica não é “marginalizar” o paciente; é utilizar essa ferramenta como recurso para orientar a escuta do terapeuta no tratamento. O psicoterapeuta

hábil para usá-la pode desenvolver um plano terapêutico mais eficaz e, assim, contribuir com mais assertividade para os resultados pretendidos pela terapia.

A psicologia estuda e atua no campo da mente, da alma. Como a palavra sugere, psicologia tem origem no grego *psyché*, alma e espírito, e *logos*, estudo, razão, compreensão. Daí não se dissociar do campo psicopatológico. A palavra psicopatologia, por sua vez, deriva de três palavras gregas: *psyché* (alma, mente psiquismo), *pathos* (paixão, sofrimento) e *logos* (lógica, discurso, narrativa). Como discurso da narrativa do sujeito que sofre, é importante que o estudante de Psicologia em uma clínica-escola domine e compreenda os aspectos psicopatológicos do sujeito atendido. Não dá para negar as multiplicidades das psicopatologias e que existe um campo diverso do saber que tem perspectivas epistemológicas e metodologias próprias.

O termo diagnóstico é de origem grega. Significa faculdade de conhecer, ver através de. O nome “avaliação psicológica”, para Alchieri e Cruz (2003), designa um conceito amplo que engloba o modo de entender os processos psicológicos por meio de procedimentos diagnósticos que destacam o objeto de estudo, o objetivo da avaliação psicológica, o campo teórico da avaliação psicológica e os métodos. Existe uma diferença entre o conceito psicodiagnóstico e diagnóstico: o primeiro implica administração de testes; o segundo, não (Arzeno, 1995).

A avaliação psicológica é um estudo aprofundado com o objetivo de conhecer determinada realidade com bases em teorias e estudos científicos. Compõe um conjunto de procedimentos para avaliar o funcionamento psíquico do indivíduo. O diagnóstico psicológico orienta a prática clínica diversamente; por exemplo, “[...] para saber o que ocorre e suas causas, de forma a responder ao pedido com o qual foi iniciada a consulta” (Arzeno, 1995, p. 5). No segundo momento, iniciar um tratamento sem conhecer previamente a estrutura do sujeito pode

representar um risco alto, pois podem aparecer situações complicadas, a exemplo de patologias com as quais não se sabe ainda lidar. Na realidade, o diagnóstico ocorre numa expectativa para realizar o tipo de tratamento necessário. De acordo com Cunha (2000), o diagnóstico de natureza clínica requer observar comportamentos específicos do psicólogo e a operacionalização do procedimento.

A execução de um diagnóstico psicológico demanda realizar o seguinte protocolo:

[...] levantamento de perguntas relacionadas com os motivos da consulta e definição das hipóteses iniciais e dos objetivos do exame; planejamento seleção e utilização de instrumentos de exame psicológico; levantamento quantitativo e qualitativo dos dados; integração de dados e informações e formulações de inferências pela integração dos dados, tendo como pontos de referência as hipóteses iniciais e os objetivos do exame; comunicação dos resultados, orientação sobre o caso e encerramento do processo (Cunha, 2000, p. 31).

Em contrapartida, o diagnóstico em psicanálise privilegia a escuta e os laços transferenciais como forma de ter acesso aos aspectos inconscientes do indivíduo em tratamento. Os aspectos inconscientes do sujeito na relação com a realidade permitem um diálogo para a constituição do diagnóstico.

Vaisberg e Machado (2000) discutem a noção de diagnóstico estrutural à luz de Bleger, Bergeret e Winnicott com intuito de proporcionar e orientar decisões clínicas, dentre as quais a escolha de técnicas e estratégias para cada caso atendido. Observam que as práticas psicológicas recebem influência direta ou indireta da psicanálise. Com efeito, os antecedentes históricos permitem perceber tal influência na construção de teorias psicológicas com seus fundamentos para ou utilizá-los, ou refutá-los nas suas construções teóricas. As autoras ainda percebem uma

disposição dos profissionais a desvalorizar o diagnóstico da personalidade na prática clínica. O ato de destituir o diagnóstico tem implicações éticas e se reflete na eficácia clínica, pois começar um tratamento sem conhecer as condições psicopatológicas pode ocasionar procedimentos terapêuticos ineficientes e até nocivos.

Em “Psicoterapia da histeria”, texto de Freud de (1895a), ele diz que ao escutar as pacientes histéricas aponta a necessidade de realizar um diagnóstico no início do tratamento; porém, ressalta a dificuldade em fazê-lo. A certeza do diagnóstico viria com o tempo de trabalho com tal paciente. Em que pese essa ambiguidade em estabelecer o diagnóstico, este é necessário para conduzir o tratamento.

Dör (1991) diferencia diagnóstico médico de peculiaridade do diagnóstico em psicanálise. Na clínica médica, o diagnóstico é um ato que tem duas funções: observar a natureza de dada doença para entender sua semiologia e possibilitar a localização de uma situação patológica no quadro nosográfico. Noutros termos, o diagnóstico médico supõe uma perspectiva dupla: a referência ao diagnóstico etiológico e a referência a um diagnóstico diferencial; por isso serve para estipular um prognóstico e decidir a escolha do tratamento apropriado. Para compor esse diagnóstico, o médico dispõe de um sistema de investigação multivariado: investigação anamnésica — para recolher informações sobre o histórico da doença — e, em seguida, uma “investigação armada” — para reunir dados úteis à leitura de exame diretamente com o paciente e com ajuda de intermediação técnica, instrumental, biológica e outras.

Com efeito, no campo da psicanálise, é complicado — e até impossível — fazer um diagnóstico na perspectiva médica simplesmente porque o analista — aquele que vai diagnosticar o paciente — deve considerar a estrutura do sujeito; não por acaso, sua técnica de investigação é a escuta do que seu paciente tem a dizer. A dificuldade de fazer diagnóstico em qualquer escola

da psicologia reside em pontos como estes: não existe uma única maneira de realizar um diagnóstico; o profissional que vai realizar um diagnóstico o faz portando um conjunto de conceitos que aprendeu no decorrer de sua formação para poder usar como referência para classificar os pacientes. Contudo, é necessário saber a finalidade do diagnóstico. Diagnosticar não é hobby nem diversão nem classificação sem intuito. Sua prática é operativa. A intenção é proporcionar a interação de quem diagnostica com quem é diagnosticado. Tal interação é poder preparar uma maneira eficiente de tratamento.

Em suma, convém frisar que, como assunto atual e questão de saúde pública no presente, elementos alusivos a psicopatologias remontam à Grécia Antiga e se desdobraram em certos ramos de estudo.

1.1.2 Psicopatologia na perspectiva psicanalítica

A psicopatologia psicanalítica se interessa pela forma como se apresentam a subjetividades e o sofrimento do sujeito. O vocábulo subjetividade designa o jeito de ser do indivíduo, sua expressão no mundo, como pensa, sente e age, sua maneira singular de apreender e perceber o mundo: como se organiza e desorganiza em relação ao que percebe. O sujeito da psicanálise é singular, tal como a maneira que expressa o seu sintoma.

Em *Neurose e não neurose*, Minerbo (2013) destaca que, no campo da psicopatologia psicanalítica, existem dois tipos de subjetividade: a neurótica e a não neurótica. Segundo ela, essa maneira de organizar o campo da psicopatologia foi sugerida por Green (2002), na obra *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Minerbo ainda ressalta a importância de Melaine Klein e seguidores em sua clínica, que começou a atender os não neuróticos, grupo caracterizado por estados-limite, ou seja, patologias relacionadas com problemas na constituição do eu. É como a subjetividade se apresenta ante a angústia narcísica, isto é, como compulsões e

adições, patologias do vazio de forma melancólica, distúrbios alimentares, patologias de tipos diversos de violência, somatizações, perversões e psicose — formas que Freud chamou de neuroses narcísicas e neuroses de caráter.

O processo de subjetivação é constituído desde a infância, quando a criança internaliza as significações do mundo através do inconsciente materno e, depois, de instituições como a família, do grupo comunitário, de uma civilização. São símbolos oferecidos para a ela que vão lhe permitir apreender o mundo objetivo e lhe atribuir sentidos. Se assim o for, então o sofrimento psíquico se apresenta da forma como cada um percebe seu “mundo”; logo, se for excessivo, então pode mobilizar mecanismos de defesa e entrar nos aspectos patológicos.

A clínica psicanalítica enfrenta novas realidades discursivas. O discurso atual afeta a posição do sujeito e de como estabelece sua relação com o corpo diante do mal-estar na cultura. “A dimensão do psicopatológico, no pensamento psicanalítico, ancora-se estreitamente numa posição crítica diante dos obstáculos que a cultura coloca para a felicidade. A psicopatologia psicanalítica não é ingênua, e não naturaliza o sofrimento psíquico” (Santos, 2005, p. 74).

A psicopatologia na modernidade — as dos manuais de classificação — está ancorada na homogeneização de todos os gozos; o que implica calcular o custo e o benefício do equilíbrio social, um exemplo disso são as indústrias farmacêuticas. Essa discussão se justifica porque, aqui, estamos discutindo uma clínica que é singular, assim como uma tentativa de encontrar lacunas para melhorar as intervenções nesse fazer clínico, único, em que cada caso é um caso, em que o tratamento é por meio da palavra.

Articular a ideia de sofrimento ao mal-estar da civilização é um processo que acontece desde Freud (1930/2006), para quem o sofrimento do neurótico estava entrelaçado com exigências da sociedade provenientes do excesso de inibições sobre a vida sexual do homem civilizado. Ao que

parece hoje o sofrimento está relacionado com avanços tecnológicos, mudanças repentinas e competitividade voraz, sem que haja reflexão sobre a presença do sujeito nesta contemporaneidade. Daí ser necessário reaver a diferenciação entre desejo, demanda e necessidade (Campos, 2003).

Com efeito, tal proposta foi considerada dentro do trabalho que Campos (2003) desenvolveu em sua pesquisa referente à reprodução artificial humana. Ainda assim, essas considerações são necessárias para avançar na discussão sobre o campo das psicoterapias. A necessidade pode estar relacionada com questões biológicas ou sociais. A demanda é lida através de intervenções médicas, da prescrição de medicamentos e da prevenção de uma psicoterapia generalista que atua sobre a necessidade social e biológica. Porém, essas intervenções parecem afetar os destinos do desejo do sujeito, no quais o “mal” é extirpado sem questionar tal desejo.

Se não cabe negar as oposições das escolas de psicopatologia, também não cabe negar a adoção de uma linha de trabalho que considere as contribuições das demais escolas. De fato, a psicopatologia fundamental reconhece e dialoga com as leituras das demais psicopatologias que lidam com o sofrimento (Fédida, 1998). Ela tenta redefinir o campo psicopatológico, em que observa aspectos da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade presentes na psicopatologia de hoje. Nesse campo, propõem-se uma reflexão e discussão de modelos que põem em questão paradigmas interferentes nos objetos de pesquisa, na teoria e na prática.

Berlinck (2000, p. 24) retrata “[...] a descoberta do inconsciente freudiano como manifestação do *pathos* e como algo que surge da violência primordial, bem como a conseqüente metapsicologia que é conhecida por psicanálise é a casa mais confortável existente na contemporaneidade para a Psicopatologia Fundamental”. À época de Freud, a psicanálise evoluiu como psicopatologia fundamental interessada em tratar o sofrimento humano; após sua morte,

ela passa por um processo de banalização, ou seja, passa a ocupar muitas posições. (Berlinck, 2000).

De acordo com Martins (2005), a reabertura da questão *pathica* consiste em reaver as possibilidades diversas — e, ainda que nem todas sejam proficientes, são necessárias. Reabrir é reviver dimensões obscurecidas por argumentos validados em demasia porque elas são aparentemente angustiantes. Interarticular setores em que o *pathos* está presente não significa voltar às controvérsias entre discursos de “psicopatologias” (setores do conhecimento debatem a existência ou não de uma desqualificação do *pathos*).

Pensar no sofrimento originário permite pensar na questão humana e nos seus destinos antes de qualquer cisão entre o normal e o anormal. “O *pathos* diz assim respeito não somente às alterações e aberrações desequilibrantes da harmonia do sujeito. Está presente na cotidianidade cultural e nas formas de existência mais exemplares e caras da história da humanidade” (Martins, 2005, p. 40). Através de sua existência e experiências de fracasso e sucesso parcial, o sujeito verifica o solo possível para construir sua humanidade (Martins, 2005). Noutros termos, o homem é suscetível ao *pathos*. Nesse caso, o espaço para a dor, a tristeza, as fraquezas e os assuntos referentes à subjetividade humana terá de ser revisto de forma rápida.

Enquanto sociedades capitalistas dão ênfase ao êxito pessoal conquistado a qualquer preço, a angústia parece aumentar, a solidão parece ser coletiva, e a melancolia é óbvia, assim como o é o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas. Assim, por mais que a psicanálise não seja a predileta do mundo científico, “[...] a subjetividade do homem a reclama como possibilidade de ser escutada” (Ferrari, 2002, p. 83).

Essa compreensão sumária dos desdobramentos da reflexão teórico-conceitual sobre as psicopatologias — da antiguidade ao presente — buscou criar uma base de entendimento para a

busca de dados via entrevistas iniciais no campo da psiquiatria e da psicologia clínica e da psicanálise, como se lê a seguir. Aprender o processo de entrevistas iniciais no campo da psiquiatria e da psicologia clínica e da psicanálise supõe entender como se estabelece essa prática nessas três áreas de atuação, ligadas pelos aspectos psicopatológicos; e entender a importância da “queixa do sujeito” e de como é desenvolvida no diagnóstico em psicopatologia.

1.1.3 Entrevista inicial (queixa) na prática clínica

Do ponto de vista da entrevista médica tradicional, o profissional deve ser assertivo na coleta das informações para orientar e conduzir o tratamento com segurança e fundamento; ou seja, ser eficaz no “alívio da dor”, do sofrimento — afinal, procurar ajuda médica supõe encontrar cura para o motivo da procura. As entrevistas médicas têm como pressuposto verificar a história médica para determinar um diagnóstico preciso e conduzir o tratamento confiante de pode chegar à cura. A semelhança entre entrevista psiquiátrica e à entrevista médica tradicional é que ambas na verificação da queixa estão programadas para verificar os aspectos da doença presente, a história passada, a história familiar e a revisão dos sistemas. A informação referente à vida pessoal do paciente é importante quando podem interferir na doença atual. A relação médico–paciente favorável possibilita a capacidade do paciente de sobrelevar as limitações terapêuticas (Kaplan, Sadock e Grebb, 2007).

Com efeito, o médico psiquiatra, por exemplo, deve ser mais que um ouvinte simpático. Tal como a outras áreas da medicina, à psiquiatria interessam o sintoma no início do problema e os fatores relacionados com a história de vida — isto é, com a condição atual do paciente. O campo da psiquiatria se interessa, também, pela história geral do indivíduo e pelo histórico da doença atual. Como dizem (Kaplan, Sadock e Grebb, 2007), isso implica saber o grau da autoestima, o estilo de vida e a forma de lidar com problemas e relações interpessoais.

Na relação entre médico e paciente, existem quatro modelos de interação: paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo. Esses modelos precisam estar à mão do médico em uma entrevista a ser realizada de maneira adequada e para estabelecer interação com o paciente. Se for necessário, podem-se utilizar os quatro tipos de interação em um paciente só (Kaplan, Sadock e Grebb, 2007).

A entrevista precisa reunir dados necessários para compreender o processo de adoecimento do paciente. Mas vários fatores interferem em seu conteúdo e curso: o tipo de personalidade e o contexto emocional do sujeito, as situações clínicas e o fato de o paciente ser atendido no hospital, em uma clínica, na sala de emergência ou em um ambulatório são alguns deles (Kaplan, Sadock e Grebb, 2007). A entrevista médica tem funções elementares: determinar a natureza do problema, desenvolver e manter um relacionamento terapêutico, comunicar informações e efetivar um plano de tratamento. Tem as mesmas funções da entrevista psiquiátrica; mas esta tem dois objetivos centrais: identificar os determinantes psicológicos e classificar os sintomas (Kaplan, Sadock e Grebb, 2007). Tais objetivos se refletem no tipo de escolha da entrevista: uma pode ser direcionada a captar os conflitos, as ansiedades e as defesas inconscientes, a outra pode ser direcionada à clarificação das queixas conforme as categorias diagnósticas. Essas abordagens não são excludentes (Kaplan, Sadock e Grebb, 2007).

Em Dalgarrondo (2000) se lê que o profissional psiquiatra é perito nas relações interpessoais; ou seja, é capacitado para executar uma entrevista e colher informações que sejam realmente úteis e eficazes em relação aos pacientes pelos efeitos terapêuticos. O entrevistador precisa ter habilidades para formular as perguntas e ser capaz de aplicar a técnica; ter condições de acolher o paciente em seu sofrimento; ser capaz de escutar dificuldades e identificar particularidades; ter paciência e respeito para fixar limites a pacientes agressivos ou invasivos.

A entrevista profissional varia segundo a necessidade do enfermo. Às vezes, o profissional precisa falar pouco e escutar o paciente com atenção; às vezes precisa ser mais ativo: perguntar mais, intervir com mais frequência etc. Tais atitudes variam em função do paciente, do contexto institucional, dos objetivos da entrevista e da finalidade (Dalgarrondo 2000).

De modo geral, o processo de entrevista com o paciente supõe evitar certas atitudes: posturas rígidas e estereotipadas, neutralidade ou frieza em excesso, reações exageradamente emotivas ou artificialmente calorosas, comentários valorativos, julgamentos, pena, compaixão, hostilidade, agressividade, prolixidade e desvio excessivo da atenção para fazer anotações durante a entrevista (Dalgarrondo 2000).

Em serviços públicos é comum a dificuldade em realizar entrevistas efetivas. Os profissionais têm pouco tempo para executá-las; às vezes, reservam de cinco a dez minutos — tal é o excesso de pacientes na lista de espera em pronto-socorro ou ambulatório. O excesso de trabalho, o estresse e as condições físicas inapropriadas tendem a deixar os profissionais impacientes para escutar pacientes que não têm queixa específica. É claro: o tempo não vale mais que a qualidade da atenção e da paciência oferecida pelo profissional (Dalgarrondo, 2000).

A entrevista clínica inicial é importante para realizar o diagnóstico e conduzir o tratamento. O primeiro contato visa produzir uma sensação de esperança e alívio do sofrimento. Como é um instrumento para diagnosticar, cada vez mais são utilizados instrumentos padronizados em psiquiatria a fim de potencializar a coleta de dados clínicos de maneira exaustiva e fazer o diagnóstico para a pesquisa. A necessidade de treinamento e a duração — uma hora e meia a três horas de aplicação — restringem o uso na prática clínica.

No campo da medicina existem questionários breves para execução de triagens em atenção primária a transtornos mentais. São eles *o Primary Care Evolution on Mental Disorders (PRIME*

– *MD*) e o *Sympton Driven Diagnostic System for Care Primary Care (SDDS-PC)*. Mas são instrumentos pouco empregados na prática clínica em psiquiatria. Restringem o diagnóstico a transtornos depressivos e ansiosos habituais em cuidados primários (Amorim, 2000). Além desses, há o MINI, instrumento desenvolvido por pesquisadores da França e dos Estados Unidos para facilitar a prática clínica em psiquiatria. Trata-se de um questionário breve — tempo de aplicação de 15–30 minutos — que a princípio pode usar após um treinamento. É organizado por módulos diagnósticos baseados nos critérios do DSM II-R/IV e da CID-10 para facilitar a construção de um diagnóstico preciso (Amorim, 2000).

Nesse sentido, vale ressaltar e pensar que, na maioria dos casos, na relação entre médico e paciente, este espera pela cura. Tal processo é caracterizado pela unidirecionalidade. O paciente não participa; ele recebe intervenções terapêuticas pelos fatores intermediários que lhe são “aplicados”; por exemplo, procedimentos mecânicos e/ou medicamentoso. A responsabilidade pela “cura” recai no médico. O doente deixa de ser sujeito. Passa a ser tratado como objeto que necessita de “concerto”.

O sucesso do tratamento depende da eficácia do conhecimento médico e da potência de sua tecnologia (Bucher, 1989). Cada vez mais há dedicação a pesquisas para validar instrumentos que assegurem um diagnóstico preciso e empenho — da associação de psiquiatria— em prol da unificação de sistemas de diagnóstico para tratar pacientes com medicação para o problema que, na maioria das vezes, “foge” da esfera orgânica. A crítica fundada nesse discurso não está relacionada com avanços tecnológicos e benefícios da interação medicamentosa. Antes, relaciona-se com seu uso indiscriminado para resolver problemas do cotidiano.

No texto “Psicanálise e psiquiatria”, Freud (1917/2006a) descreve a história de uma senhora que tem o seu casamento abalado após receber uma carta anônima relatando que seu marido a

traía com uma jovem. Passou a se sentir triste e começou a ter crises de ciúmes. Mesmo tendo ela explicações objetivas para o episódio da carta e ter percebido que foi enviada por maldade, os delírios de ciúmes eram constantes. Nesse caso, Freud questionou como seria o percurso do tratamento em psiquiatria e assegura que o trabalho psiquiátrico não se opõe à investigação psicanalítica.

A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar a contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro (Freud, 1917/2006a, p. 262).

Afirma ainda que “O psiquiatra não sabe como lançar mais luz sobre um caso como este. Ele deve contentar-se com um diagnóstico e um prognóstico — incertos, apesar de uma grande quantidade de experiência —, e com sua evolução futura” (Freud, 1917/2006a, p. 259).

Todavia, a psicanálise tentou explicar a compreensão do caso, enquanto a psiquiatria investigaria a história familiar para verificar antecedentes ou outros distúrbios psíquicos semelhantes. O atendimento foi interrompido pela paciente depois de duas sessões, quando declarou que estava bem e que a ideia patológica não viria à tona. Na tentativa de elucidar o caso, Freud reúne as informações e tenta explicar a origem do delírio. A senhora de 53 anos encontra-se apaixonada por seu genro, e esse material não poderia se tornar consciente. O delírio de ciúmes era uma maneira de consolo à pressão do conteúdo inconsciente. Com efeito, trabalhar com o material humano requer que o outro tenha motivos para cooperar com o trabalho. O outro tem vontade própria (Freud, 1917/2006a).

Martins (2013) relata que a queixa é reação verbal relacionada com uma experiência sensorial. Uma queixa produz frases sobre o que não está em sintonia com o paciente. Quando essa

experiência vem vinculada à dor corporal ou a outra modalidade estética que causa desprezar, ela configura um sintoma. Conforme a origem da palavra sintoma, a situação narrada pelo paciente como desprazer indica o que aconteceu realmente. Nesse sentido deve-se considerar um sintoma pertencente a uma queixa.

Entretanto, a queixa tem representatividade maior que uma fala permeada no sintoma. Com frequência, em uma queixa, a expressão de “pena” e “sofrimento” transpassa — e muito — o acontecimento do sintoma. A queixa é um pedido de “socorro”; e nem sempre a expressão é para fora, para o ouvinte disposto a ouvir (Martins, 2013). Se assim o for, então a queixa é algo manifesto do que está consciente com conteúdo latente inconsciente que causa o desprazer no indivíduo queixoso. Para Freud (1923/2006), o que esteve latente é capaz de tornar-se consciente; e as representações verbais são lembranças que podem se tornar conscientes.

Para a psicanálise, a queixa transcende o que o paciente tem a dizer; na psiquiatria, o médico investiga a dor do paciente pelo conteúdo exposto. Nas entrevistas psiquiátricas, a dor é investigada para obter um diagnóstico preciso e uma intervenção diretiva na resolução da queixa. A entrevista psicológica é uma ferramenta comum aos psicólogos e aos psiquiatras. Realizá-la supõe não ficar preso ao sintoma nem às expressões somáticas. O paciente não deve ser tratado como sujeito passivo; pelo contrário. A posição intersubjetiva da entrevista fica clara: o psicólogo deve tomar o cuidado para não fazer interpretações antes de conhecer o discurso completo do sujeito; ou seja, não agir com precipitação.

No entendimento de Bergeret et al. (2006), a entrevista é dividida em duas partes: numa está a escuta; na outra, o interrogatório: técnica mais ou menos orientada pelo modelo clássico. Quanto mais à vontade o sujeito estiver, mais tende a expressar seus conteúdos. A duração da entrevista pode ser de minutos e ter mais de um encontro. Depende do nível de angústia. O sujeito deve ter

a liberdade de organizar, de maneira espontânea, seu modo de funcionar (fusional, anaclítico ou triangular) e o seu tipo de angústia (de fragmentação, de perda de objeto ou de castração).

No processo de entrevista convém não falar do sintoma; mas o paciente deve falar do sintoma. Quanto menos anotação fizer durante o processo, tanto melhor. As observações serão recolhidas e vivenciadas pelo próprio psicólogo e revisadas no seu interior; depois, com o afastamento necessário, vem a escuta de seus sentimentos em relação ao outro, isto é, sua contratransferência. É preciso não só pesquisar como se estabelece o modo de divisão entre consciente, inconsciente e representações fantasmáticas, mas também (res)situar o sintoma no nível mental ou comportamental ou somático. “Deve-se distinguir ‘o agir’ de descarga (destinado a evitar o tempo do desejo e suas representações) do ‘agir’ como prelúdio à elaboração verbal” (Bergeret et al., 2006, p. 116).

Na segunda etapa, Bergeret et al. (2006) refere-se a um conjunto de investigação psicológica por uma conversa no sentido amplo; e os pontos principais no decorrer dessa etapa são os antecedentes pessoais do sujeito: pais, fratria, cônjuge eventual, crianças, saúde atual, pré-genitalidade, genitalidade, sonhos e relações sociais.

O que se passou no decorrer da entrevista não é nem um “acidente”, nem uma “prova”, nem um questionamento, é um trecho de vida. É uma experiência relacional típica e repetitiva do paciente quanto a seus conflitos, seus fracassos, seus desejos e suas falhas, suas adaptações ou suas defesas menos felizes (p. 119).

A entrevista psicológica serve para o seu emprego no diagnóstico e na investigação. É uma técnica científica no campo da psicologia. Tem como propósitos o diagnóstico, a investigação e outros. É necessária ao psicólogo e a outros profissionais, tais como assistentes sociais, sociólogos e psiquiatras. Existem dois tipos fundamentais de entrevista: o aberto e o fechado

(Bleger, 2011). No tipo aberta, o entrevistador tem a elasticidade e liberdade de fazer perguntas e intervir de acordo com cada caso. Esse método de investigação permite explorar a fundo a personalidade do paciente. Na entrevista do tipo fechada, as questões a ser investigadas estão estruturadas e as perguntas não podem ser alteradas pelo entrevistador.

Ainda segundo Bleger (2011), o método da entrevista é técnica derivada do campo da medicina, daí que apresenta procedimentos similares. Mas não se confunde com a entrevista psicológica. Convém, então, elucidar o conceito de consulta, entrevista e anamnese. Para o autor, consultar não se assemelha a entrevistar; a consulta é um pedido de ajuda profissional. Entrevistar é um processo técnico para responder à consulta. Fazer a anamnese é reunir dados para organizar a história do indivíduo em sua circunstância presente. Esse entendimento conceitual-funcional da entrevista ante outros procedimentos para obter dados clínicos no campo das psicopatologias se faz importante para compreender sua aplicação neste estudo; ou seja, nos processos de diagnóstico clínico de tais patologias e seus processos psicoterápicos.

Como se pode observar, a entrevista é um instrumento valioso que permite obter informações para conhecer mais da pessoa que inicia um tratamento. No campo da medicina, o entrevistador — o médico — vai preconizar o estudo e a interpretação do conjunto de sinais e sintomas verificados no exame de um paciente. A entrevista psicológica faz parte do processo de avaliação psicológica e tem, como regra fundamental, colher dados do comportamento de maneira completa durante o período em que está sendo realizada. A complementação e verificação dos dados obtidos podem ser feitas com auxílio de outros instrumentos. No processo de psicoterapia com fundamentação teórica em psicanálise, a entrevista é usada antes mesmo de iniciar o tratamento.

Através desse instrumento será possível a troca inconsciente entre analista e analisando. Com isso, pode-se levantar uma hipótese diagnóstica do modo de funcionar da pessoa que vai se submeter ao atendimento clínico. O atendimento em psicanálise é viável após as entrevistas preliminares que têm funções específicas. A confecção do diagnóstico — que conduz ao raciocínio clínico e à orientação no plano de tratamento — requer a ocorrência da transferência durante esses encontros, que servirão de “caminhos” na direção do tratamento. Quinet (1991, p. 27) afirma que:

Nas entrevistas preliminares é importante, no que diz respeito à direção da análise, ultrapassar o plano das estruturas clínicas (psicose, neurose e perversão), para se chegar ao plano dos tipos clínicos (histeria — obsessão), ainda que não sem hesitação, para que o analista possa estabelecer a estratégia da direção da análise, sem a qual ela fica desgovernada (p. 27).

Em conclusão, a entrevista em psicanálise ensina que devemos verificar três aspectos importantes antes de iniciarmos um tratamento: a função diagnóstica, a ocorrência de transferência e a função que o sintoma exerce na vida do indivíduo.

1.2 Prática clínica, avaliação diagnóstica e construção em psicanálise

Antes de discutir e conceituar diagnóstico em psicanálise, convém ampliar a apresentação do objeto de estudo da pesquisa aqui descrita, que se associa a práticas de psicoterapia. Noutros termos, trata-se do lugar do diagnóstico no processo psicoterápico em estudos de casos de uma clínica-escola e sua relação na direção do tratamento.

Falar em psicanálise leva a interrogar e discutir o estatuto do inconsciente com a realidade. Isso quer dizer que toda a relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica

(Freud 1900/2006; Figueiredo, Machado, 2000). Se assim o for, então fazer diagnóstico em psicanálise supõe o inconsciente como objeto de investigação. Segundo Nasio (1999), o psicanalista trabalha, antes de tudo, com seu inconsciente. Para o autor, a caricatura do analista eternamente silencioso é equivocada. Ele trabalha ativamente. Têm perspectivas, expectativas, objetivos, decepções.

Para Nasio (1999), a técnica do modo tradicional com a intenção de alcançar um objetivo não é aplicável à psicanálise por duas razões. Em primeiro lugar, operaria no desejo do analisando; “E essa matéria, o desejo do analisando, é idêntica ao desejo do operador. Como se operador, na técnica psicanalítica, devesse operar sobre si mesmo” (p. 8). Em segundo lugar, os meios técnicos da definição tradicional diferem dos que ocorrem em outras disciplinas, processos exteriores em quais esses meios se operam.

A intervenção analítica expressa um processo. Não é exterior. É uma realidade singular e se refere — e interessa — ao sujeito em sofrimento psíquico. Nela interessa o ângulo pelo qual o sujeito se vê, fala, sofre — numa palavra, interessa a posição em que ele se situa no mundo. Berlinck (2000) diz que as categorias nosográficas são relevantes. Podem servir de instrumentos auxiliares da clínica, ou seja, ampliar a perspectiva para o tratamento. No segundo momento, possibilita que a atenção do psicanalista se dirija, também, a outros aspectos psicopatológicos enunciados pelo sujeito que não estão cobertos por sua classificação nosográfica.

No entanto, no diagnóstico deve ser questionado o que, num caso de histeria, pode ser obsessão, perversão e psicose. Para o autor, a indagação é importante, pois, expressões perversas e psicóticas podem se apresentar num quadro histérico.

[...] já que as certezas sobre diagnósticos são os descaminhos da clínica, contém as seguintes perspectivas: uma escuta que não se deixa determinar pelas tentações que a

própria clínica suscita e uma disposição para se confrontar com o estranho, com aquilo que, da fala do sujeito, chega ao analista como desencadeador de angústia que sinaliza o desconhecido e pede uma palavra que o represente (Berlinck, 2000, p. 133).

Figueiredo e Machado (2000) expõem duas concepções de diagnóstico que não são necessariamente contraditórias e apontam dois momentos de enunciações de Lacan sobre a questão. Uma concepção relata as categorias psiquiátricas sobre a estrutura; a outra marca a estrutura (neurose, psicose e perversão) sobre a topologia. A primeira concepção observa os fenômenos e os descreve e classifica. Do ponto de vista estrutural, o diagnóstico não aparece de maneira fenomenológica. Por meio da fala dirigida ao analista e sob o influxo da transferência, o diagnóstico se constitui no decorrer da incidência do sujeito na linguagem.

Para os autores, o psicanalista, através da transferência, trabalha como um nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem, e não como leitor de fenômenos. Para eles, o diagnóstico não aparece mais como fenomenológico; aparece como diagnóstico estrutural: “[...] que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, aonde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como operador e não como uma pessoa” (p. 67). O diagnóstico passa a ser visto mais como uma operação descritiva do analista, e menos como uma descrição objetiva. A nomeação da estrutura do sujeito incide sobre a conduta em vários níveis de tratamento. Esse tipo de diagnóstico permite focar o sujeito em sua verdade singular, ou seja, o aparecimento de uma história exclusiva em que as categorias clássicas de diagnóstico em psiquiatria perdem sua significação na descrição objetiva.

Embora Freud considerasse os sintomas de seus pacientes, estes eram percebidos de maneira compreensiva e dinâmica. No texto “Sobre o início do tratamento” (1913a), ele orienta os

analistas a fazer um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose antes mesmo de começar a análise. Ele não abordou com periodicidade a expressão estrutura tal como Lacan apontou.

Para Freud, como se pode perceber, o diagnóstico acontece no mesmo tempo do tratamento. Não permeia os sintomas, porém não os desqualifica, pois é o fio condutor de sua etiologia. Freud (1916/2006) vê cada caso como singular: o sintoma é único, individual para cada sujeito; tem importância para iniciar o percurso da investigação, descobrir o propósito que tem com a experiência e o conteúdo do sujeito. O sentido do sintoma serve para questionar suas funções em relação às defesas do sujeito analisado.

Com efeito, Freud aponta três tipos de defesas psíquicas: recalque — ligado à neurose; denegação — referente à perversão; e recusa — associada à psicose. Noutros termos, segundo sua noção de patologia, o sujeito adoece em função de seu modo de defesa, que Freud analisa em analogia ao “princípio do cristal quebrado”:

Onde ela mostra uma brecha ou uma rachadura, ali pode normalmente estar presente uma articulação. Se atirmos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso.

Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela estrutura do cristal (Freud, 1933/2006, p. 64).

De acordo com o desenvolvimento psicosssexual, os indivíduos em Freud têm três saídas de estruturação no período do complexo de Édipo para a constituição do seu modo de subjetivação. Uma saída seria o modo de funcionar neurótico; outra, um modo de agir perverso; a terceira, um modo de subjetivação psicótico. Quando o sujeito adoece, o sintoma permite perceber “pequenas rachaduras” passíveis de revelar muita coisa que, de outro modo, não seria acessível. Assim, tendo em vista a metáfora do “princípio do cristal” — cuja quebra se associa a linhas de clivagem —, o sujeito adoece em função de sua linhagem de estruturação. De acordo com Leite

(2001), a estrutura é expressa na defesa que o sujeito apresenta ante sua angústia; e o tipo de defesa apresentado é referente ao tipo de estrutura relacionada com a angústia sentida. Daí que a atitude subjetiva ante o sintoma é o que definiria um diagnóstico em psicanálise; e não a conduta.

Eis por que o diagnóstico em psicanálise não pode vir sem o discurso sobre a subjetividade do sujeito. A experiência analítica tem de se relacionar com a atitude que o sujeito entrelaça com seu sintoma. Não pode levar em consideração só o tipo de sintoma como apresenta o diagnóstico em psiquiatria. Antes, tem de compreender nesse sintoma a fantasia que o implica e o determina.

Esse tipo de clínica psicanalítica de orientação lacaniana postula a relação do sintoma implicado na posição subjetiva do sujeito relativamente à fantasia. Como apontam Figueiredo e Machado (2000), também Leite (2001), na perspectiva lacaniana o diagnóstico é dividido em dois momentos: o estrutural e o conhecido como clínica borromeana, baseada no S-R-I: simbólico–real–imaginário. Em seus ensinamentos, Freud e Lacan demonstram a importância dessa tríade para sustentar a prática em psicanálise.

Em sua obra, Freud traz os conceitos de id, ego e superego na segunda tópica, e consciente, inconsciente e pré-consciente na primeira tópica. São modos fundamentais para localizar o sofrimento psíquico do sujeito que acontece sob o influxo da transferência. A maneira como ele pensa no aparelho psíquico é uma tentativa de refletir sobre o que está em nós mesmos, no que não está unificado, ou seja, no que está nas partes diversas do aparelho. Esses elementos se articulam, e cada um com suas funções forma um composto de elementos heterogêneo. Na visão de Lacan, os modos fundamentais para localizar o sofrimento psíquico são três dimensões propostas por ele: o real, o simbólico e o imaginário. Pensar nesses elementos é pensar na dimensão do psíquico para refletir sobre o que implica o sofrimento do sujeito; e é através desse questionamento que a análise opera.

Com efeito, Nasio (1993) descreve dois princípios essenciais na teoria de Lacan: 1) “O inconsciente é estruturado como uma linguagem”; 2) “Não existe relação sexual” (p. 11). O autor enuncia que, quando o psicanalista passa a ter consciência dessas duas proposições e as usa na sua prática clínica, sua escuta é modificada pela singularidade. O sintoma conduzirá ao inconsciente e, depois, ao campo do gozo. Pensar na tríade sintoma–inconsciente–gozo, para o autor, é pensar na pergunta: o que é, para nós, um sintoma?

Nasio (1993) afirma que todo o sintoma que se manifesta em análise constitui uma experiência analítica, porém nem toda experiência analítica é um sintoma. O autor retrata que a experiência é um acontecimento pontual, um momento singular que marca o percurso de um tratamento. É um conjunto de momentos no decorrer da análise: um balbúcio, uma dúvida, uma palavra que escapa. Existe uma face empírica no momento analítico, um momento sensível: é o instante em que o paciente diz e não sabe o que diz; é algo que escapa. É no limite que a linguagem tropeça, a língua se equivoca, a fala derrapa. No caso do sonho, por exemplo, o que importa é a maneira como é contado. Não apenas isso, mas também os pontos de dúvida quando o outro relata. É esse ponto que o autor chama de experiência.

Localizar a experiência psíquica — o que está em jogo nessa trilogia — e pensar na dimensão do psíquico — o que é o psíquico, a problemática da localização do sujeito — supõe essa indagação. O que está em jogo é uma localização mais ampla: os elementos em que uma análise se opera. Para Freud, pensar nas trilogias é pensar que a subjetividade não se reduz a algo físico. Ela é constituída da própria experiência que o sujeito constrói nas zonas erógenas e é internalizada por ele.

Pensar na verdade é dizer que se relaciona com o real. O efeito da verdade é duplicado pelo simbólico, ou seja, corresponde a um valor lógico; também é um lugar no discurso. Como a

verdade, o real seria algo impossível de dizer e de escrever. Tentativas de dizer a verdade e o real ocorrem através do simbólico; mas o resultado da tentativa é algo paralelo que se relaciona com uma fantasia ou racionalização (Gerbase, 2004). Aquilo que escapa é o demarcador da experiência analítica. À luz da teoria dos nós em Lacan, é o que servira de “bússola” para a clínica; o registro é aquilo que se inscreve, o que se suporta, o que está em jogo. Não é só a representação; é o ato de fazer existir a ideia de aparelhagem; é a ideia da composição do real, do simbólico e do imaginário.

A ordem significante é traçada conforme a ordem do investimento fálico, que é instaurada com a dialética da operação metafórica do nome-do-pai, que possibilita ao sujeito memorar a significação do falo (Vorcaro, Lucero, 2010). A dimensão do alheio — de algo do alheio à dimensão do eu — estabelece uma relação dialética entre este e o outro, ou seja, entre o eu e sua imagem. O eu localiza o que é imaginário — que não coincide com a imaginação. É algo concreto daquilo que se choca. Algo que esbarra em alguma coisa. É uma materialidade imaginária, ainda que seja uma espécie de imaginário enganoso. O eu e outro se confundem. São embaraços constitutivos e geradores de consequências na célula do imaginário; por exemplo, pensar na relação com a imagem, com a imagem de si ou mesmo como que o outro vê em nós: pessoa “magra” que se vê como “gorda”, pessoa “bela” que se vê como “feia”. O que somos segundo o olhar do outro tem que ver com o imaginário (Quinet, 2012). A linha de interseção do real com o imaginário refere-se ao gozo para além do falo.

Esse outro intruso, que se manifesta como semelhante, é experimentado e percebido como aquele que invade o que é meu e rivaliza comigo, ou seja, compete com o meu eu pelo mesmo lugar. Pois o eu e o outro entram numa luta pelo reconhecimento mútuo e recíproco (Quinet, 2012, p. 9).

Lacan propôs o mesmo objetivo que Freud para a necessidade de fazer um diagnóstico: verificar se o paciente é analisável e orientar o tratamento. No caso de uma clínica-escola de psicologia, o diagnóstico se faz necessário como campo de estágio em que os alunos de Psicologia estão aprendendo uma prática clínica. Não por acaso, a rotatividade de estagiários é semestral. Cada paciente que chega para ser atendido vem com um motivo — um “problema” — e o desejo de solução — uma “cura”. Daí que o diagnóstico não deve ser realizado com o intuito de rotular o sujeito que busca suporte emocional; antes, deve auxiliar os possíveis tratamentos, ser útil a um plano de atendimento. Além disso, o diagnóstico serve como marco para orientar, supervisionar e até resguardar estudantes que estão atendendo pessoas.

A abordagem médica constrói o diagnóstico do sujeito através da investigação da queixa inicial realizado na primeira consulta, via observação dos sinais e sintomas, a relação de causa e efeito e a regularidade que os comportamentos observáveis se repetem. Vai se configurando o diagnóstico com base nas categorias dos manuais de psiquiatria. Diferentemente da abordagem médica, a psicanálise, para tratar o sujeito, precisa transformar seu sintoma queixoso em “sintoma analítico” (Quinet, 1991). A queixa tem que ser questionada. Não pode ser aceita em seu estado bruto. Só é possível elaborar um sintoma se houver demanda analítica. Para isso, o sujeito precisa se desvencilhar do sintoma. Tal como afirma Quinet (1991, p. 116):

É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo. Nesse trabalho preliminar, o sintoma será questionado pelo analista, que procurará saber a que esse sintoma está respondendo, que gozo esse sintoma vem delimitar.

A partir do momento em que a queixa deixa de ser vista como sinal — como aquilo que significa algo consciente e é transformado em questão —, o sintoma se transforma num enigma que representa a divisão do sujeito (\$). A constituição do sintoma analítico se dá por meio da transferência (Quinet, 1991); e é nesse momento que se tem acesso aos conteúdos inconscientes e à possibilidade de constituir um diagnóstico em psicanálise.

1.2.1 Transferência e percurso do tratamento

De acordo com Freud (1912/2006), o tratamento analítico acontecia sobre o influxo da transferência. Ele acreditava que a análise não era indicada a todos os tipos de tratamento, a exemplo dos casos de psicose — a que ele se referia como neuroses narcísicas. Associadas às primeiras influências sofridas durante os primeiros anos de vida — disse ele —, as disposições inerentes desde o nascimento do sujeito conduziam à vida erótica. Isso significa que, no decorrer da vida, eram reimpressas certas repetições à medida que as situações externas e a natureza dos objetos amorosos se tornava acessível. Partes dos impulsos que direcionam a vida erótica são aqueles passaram por todo o processo de desenvolvimento.

Contudo, o outro quinhão dos impulsos libidinais ficou capturado no curso do desenvolvimento. Ficou afastado da personalidade consciente e da realidade. Ainda assim, convém dizer que, se a necessidade de uma pessoa for suprida em parte pela realidade, o sujeito pode, a cada nova pessoa, ter ideias libidinais antecipadas. Na formação dessa atitude, a parte consciente e a inconsciente têm importância. De acordo com Freud (1912/2006), essas ideias libidinais antecidas podem se dirigir à figura de um médico quando a catexia libidinal de uma pessoa está parcialmente insatisfeita. Essa catexia se ligará a modelos padronizados que se acham presentes no indivíduo.

As peculiaridades da transferência para o médico, graças às quais ela excede, em quantidade e natureza, tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais, tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que esta transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas ideias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes (p. 112).

Ainda segundo esse teórico, a função que a transferência desempenha no tratamento só pode ser levada em consideração se for presumida sua relação com a resistência. Noutros termos, através dos mecanismos de defesa do ego, o paciente atuaria para não recordar de uma experiência infantil reprimida. Porém, na transferência, o representante dos aspectos pulsionais aos quais o ego se contrapõe é a posição que o analista passa a ocupar na série de associações psíquicas do paciente.

No texto “A dinâmica da transferência”, Freud (1912/2006) descreveu dois tipos de transferência: uma positiva — vinculada a sentimentos amistosos e afetuosos aceitáveis à consciência e oriunda dos aspectos inconscientes que remontam a fontes eróticas; e uma negativa — associada ao aspecto hostil. O conteúdo central do artigo são os aspectos da transferência relacionados com a resistência.

Freud começou a observar que o processo de resistência nos seus pacientes relacionado com a transferência era importante para tratá-los por ser um caminho que vai ao encontro de conteúdos conflitivos. À medida que houvesse muita ambivalência e a resistência fosse intensa, em vez de contribuição para o tratamento haveria entrave ao trabalho do analista. Em vez de se beneficiar, ele vai ter dificuldades para conduzir o tratamento; em vez de o paciente rememorar os conteúdos traumáticos e a possibilidade de elaborá-los, sua neurose pode se intensificar através de repetições no cotidiano de sua vida atual.

Após dois anos, Freud (1914/2006b) escreveu outro texto que articulou o conceito de transferência com a ideia de “compulsão a repetição”; o que significa dizer que o conteúdo recalcado se manifesta através das repetições que o paciente incorporou. Repetições que acontecem nos momentos da vida, inclusive no momento analítico, ou seja, quando é possível perceber o conteúdo que desencadeou e originou a neurose. Freud em (1915/2006b), disse que a transferência positiva afetuosa se vincula a um tratamento em que o analista pode reconhecer o investimento doloroso do analisando com mais facilidade; a transferência positiva erótica e a negativa contêm impulsos hostis e agressivos, são consideradas maneiras de resistência ao trabalho analítico. Assim, dificultam o processo de tratamento.

Repetir não é mesmo que lembrar. Quanto mais repetição houver, maior será resistência. Os traços psíquicos são caracterizados pelas repetições que ocorrem no contexto da vida atual do paciente. As que ocorrem frequentemente dificultam o trabalho do analista; com isso, o sujeito em tratamento posterga a resolução dos seus conflitos, a dissolução de sua neurose. A maneira de o indivíduo conseguir conter sua compulsão por repetição é poder ter a possibilidade de lembrar através de um motivo.

Um exemplo de transferência foi o caso de Anna O., paciente que enamorou seu médico. Ela foi atendida por Breuer. Nessa experiência, Freud percebeu que o funcionamento do aparelho psíquico é dinâmico e que a “paixão” da paciente direcionada ao médico teve duas funções: resistir e transferir afetos ligados a imagens familiares e que foram convertidos em sintomas histéricos (Breuer, Freud, 1895/2006). Na análise do caso de Dora, ele se conscientiza de que as repetições no processo analítico têm uma função e são necessárias para ter acesso às fantasias infantis. Como se pode entender, a transferência é um laço entre o analista e o analisando — como aponta Freud. A transferência é amor. Através das repetições e de afetos dirigidos à figura

de um psicanalista, padrões antigos e repetitivos do funcionamento dinâmico do sujeito se apresentam na forma de neurose de cada um (Freud, 1905/2006).

Em Gori (1998) se lê que Conrad Stein, a fim de entender o trauma inicial do sujeito e a origem do sofrimento do paciente, compara o discurso do sujeito em análise a um “sonho relatado”. Sua comparação revela uma situação paradoxal à regra fundamental (que provém de um contexto de traumatismo inicial): convida o sujeito à regressão, mas se opõe a ela. Por exemplo, quando o sonho é solicitado, mas o sonhar é interrompido. Nesse momento ocorre o paradoxo, em que se encontra o “germe” no instante da fala inicial: origem da regra fundamental. Stein a nomeou de “liberdade compulsória”.

Ao citar Stein em “Na ponta da língua: o nome?”, Gori (1998) demonstra a importância da estruturação paradoxal na situação analítica; afirma que “[...] a estrutura paradoxal dessa situação de interlocução virtualiza o conflito intrapsíquico, sua atualização intersubjetiva e sua necessidade teórica” (p. 40); compara a fala primordial a uma situação de sedução que põe o analista em duas posições ao mesmo tempo: ser o lugar e ser o que opera a frustração. Isso significa que, por intermédio da figura do analista, a função da transferência é ir ao encontro do desejo do outro. A transferência equivale a uma tela que possibilita inscrever o trauma primordial do sujeito, “Pois a transferência é bem o que, no tratamento, conjuga a fantasia inconsciente ao futuro anterior — anterior — teria sido — atualizando e transportando-a sobre os ‘restos diurnos’ da situação analítica” (p. 51). O laço transferencial serve para atualizar as representações recalçadas (Gori, 1998).

Com efeito, Fédida (1988) informa que durante o tratamento analítico é necessária a circulação do afeto, por sua vez necessário à interlocução na relação inatual–atual. O restabelecimento acontece através da palavra, que está do lado da sedução. A origem do afeto é

formada através da nomeação do outro. Se o analista, durante o tratamento, compreende o afeto que se instaura na linguagem e se, em dado momento, consegue nomear o afeto sem fazer um discurso sobre o estado amoroso, então é possível fazer o afeto circular.

Contudo, o autor considera “[...] difícil é a função metafórica transferencial da palavra” (Fédida, 1988, p. 53). No interior de uma palavra algo singular pode acontecer, a identidade pode ser reconhecida e encontrar seu lugar.

Nos estudos sobre a histeria, a transferência seria a herdeira da “doença” (Breuer, Freud, 1895/2006). No caso Dora, Freud relaciona transferência com o sintoma, de modo que os sintomas desaparecem de acordo com o relacionamento entre médico e paciente. Pode-se perceber que a transferência é o ponto principal para iniciar um tratamento, assim como condição prévia para a pesquisa. Eis por que situar a própria experiência no campo analítico. É a transmissão de um laço afetivo intenso que é instalada segundo a posição subjetiva do paciente no contato com o analista. Isso diz da presença do atual no passado — ainda que seja necessário um traço no analista que a pessoa identifique como de uma pessoa no passado. O que vai ao encontro daquilo que o sujeito espera do outro. É uma experiência que o sujeito tem — e de uma maneira próxima do seu desejo e sua verdade (Freud, 1905/2006).

Assim, a transferência tem importância como condição preliminar do estabelecimento do tratamento psicanalítico. Se o paciente não for capaz de criar o laço transferencial, a aplicação desse método fica inviável para a investigação e o tratamento. Afinal, é através do processo de transferência que o indivíduo organiza e apresenta seus sintomas; ou seja, através da figura do analista ele pode reatualizar seus conflitos e se restabelecer em seu sofrimento. Como o diagnóstico em psicanálise só tem sentido se sua função estiver relacionada com a direção do

tratamento, a transferência é “o caminho de entrada” do tratamento e em que se pode constituir o diagnóstico, pois o diagnóstico é verificado através do registro simbólico.

Com base no simbólico, portanto, pode-se fazer o diagnóstico diferencial estrutural, por meio dos três modos de negação do Édipo — negação da castração do Outro — correspondentes às três estruturas clínicas. Um tipo de negação refuta o elemento, mas o conserva; manifesta-se de dois modos: no recalque (*Verdrängung*) do neurótico — nega conservando o elemento no inconsciente — e no desmentido (*Verleugnung*) do perverso — nega-o conservando-o no fetiche. A forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum. Não conserva. Antes, arrasa. Os dois modos de negação que conservam implicam admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na forclusão (Quinet 1991, p. 19). Eis por que o diagnóstico em psicanálise só é possível sob o influxo da transferência, que permite ao analista ter acesso a conteúdos inconscientes localizados no registro simbólico.

1.2.2 Interpretação e construção em análise

Pensar na clínica psicológica com fundamentação na psicanálise é ter em mente a interpretação e construção em análise como elementos basilares. Não por acaso, Freud iniciou sua pesquisa em clínica em sua atividade na clínica: após os atendimentos, descrevia os relatos de seus pacientes e teorizava através da análise e interpretação. Essa construção era possível graças às recordações e associações do paciente, mesmo que sem sentido. Dos não ditos ele tirava algo para construir sua teoria. Nos textos, a construção em análise foi tratada com menos intensidade que as interpretações sobre as discussões da técnica analítica, mesmo existindo histórias clínicas completas como a análise do Homem dos Ratos (1909/2006) e a dos Homens dos Lobos (1918/2006) — casos em que apareciam como técnica analítica. A construção em análise mostra ser tão eficaz quanto a interpretação.

“A interpretação dos sonhos” — publicado por Freud em (1900/2006) — traz, como fundamento, a primeira formulação do aparelho psíquico do ponto de vista tópico, econômico e dinâmico, além dos fundamentos da constituição da neurose. O trabalho de interpretar seria o complemento do trabalho de fazer falar, que foi consolidado pela técnica de associação livre e pela atenção flutuante. A primeira corresponde ao ato de falar sem “censura” tudo o que lhe vier à mente, mesmo que pareça “bobagem” para quem fala; a segunda significa dizer que o analista não deve dar importância a qualquer elemento do discurso; deve permitir que sua escuta funcione o mais livremente possível, através da própria atividade do inconsciente, para, assim, suspender as motivações que se dirigem a dado elemento.

Por muito tempo, Freud ficou empenhado no objetivo terapêutico de demarcar certas estruturas psicopatológicas; por meio de uma comunicação de Josef Breuer, percebeu que essas estruturas são consideradas como sintomas patológicos e que sua separação incide em seu desfecho (Breuer, Freud, 1895/2006). Isso quer dizer que, quando uma representação patológica pode ser investigada até o momento em que foi originado o problema, o paciente pode ficar livre dessa representação.

Freud seguiu a trilha de Breuer; porém, foi através de seus esforços que se deparou com a interpretação dos sonhos. Seus pacientes assumiam o compromisso de falar as ideias ou os pensamentos que lhes viessem à mente sobre dado assunto; com essa regra fundamental, os pacientes relatavam seus sonhos, e pelos relatos Freud percebeu que o sonho caberia na cadeia psíquica como objeto de investigação na memória a partir de uma ideia patológica. O método de interpretação fora aplicado aos sonhos por ter sido considerados como sintoma.

Freud (1900/2006) ensina que o primeiro passo do método é tomar como objeto de atenção as partes de seu conteúdo; não o sonho como um todo. Ao colocar o paciente diante do sonho

fracionado, com base em cada fração o sujeito pode fazer associações para cada fragmento, e essas séries de associações podem ser consideradas como “pensamentos de fundo”.

No texto “O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise”, Freud (1911/2006) demonstra a importância de utilizar a interpretação dos sonhos no tratamento de seus pacientes. Portanto, não deve ser empregada como “arte pela arte”; antes, deve obedecer a regras que orientam o tratamento.

Freud (1923/2006) deixa em aberto a escolha do procedimento técnico da interpretação do sonho. O primeiro caminho — o método clássico — seria fazer o sujeito que sonhou proceder, de maneira cronológica, a associações relacionadas com elementos do sonho na ordem de seu relato. No segundo momento, a interpretação acontece por meio de alguma parte específica do sonho, um fragmento de destaque ou palavras que foram faladas nos sonhos e conduzirão à recordação de palavras na vida manifesta. A terceira via do desenvolvimento da técnica seria de menosprezar o conteúdo manifesto e questionar o sujeito do sonho: quais teriam sido os acontecimentos do dia anterior que ele poderia associar com o conteúdo do sonho? Enfim, no caso do paciente que já tem familiaridade com a técnica de interpretação, permitir que decida o caminho em que vai começar a fazer suas associações.

Como diz Celes (2005, p. 36), “Interpretar tem o propósito de revelar a fala do paciente no sentido que lhe é próprio”. Assim, a interpretação de um sonho objetiva manifestar o desejo particular, através de cada sonho, de um sujeito singular. Nesse caso, interpretar seria demonstrar esse desejo; seria uma atividade relativa ao trabalho do analista e da interpretação. A função do paciente — contar o sonho — é diferente da função do analista que devolve a interpretação, pois através da fala do paciente vai sendo revelado o que o sujeito não sabia e não queria saber.

Sem dúvida, é através do equívoco que o inconsciente se presentifica no discurso. A interpretação produz “ondas de sentido” e jamais um sentido unívoco. Ela aponta para uma região desconhecida, tal como o dedo erguido do São João Batista de Leonardo da Vinci indica para alguma coisa invisível ao espectador da tela. Se o sonho, para Freud, se caracteriza pelo fato de ser constituído predominantemente por imagens, Lacan esclarece que a imagem tem valor de significante e sublinha com insistência que o sonho é o relato do sonho, nada mais. Interpretar o sonho pela imagem, atribuindo-lhe sentido, isto é, valor sígnico, implica se afastar radicalmente do gume cortante da verdade freudiana do inconsciente (Jorge, Ferreira, 2005, p. 70).

De acordo com Nasio (1999), a interpretação é uma intervenção capaz de alterar uma mudança estrutural na vida do paciente. Para o autor, a interpretação não se confunde com as intervenções precisas para o paciente nem com as construções e reconstruções de sua história; tampouco com perguntas para o analisando que podem clarear o material psíquico ou com confrontos, deduções e conclusões percebidas pelo analista e que apontam a sequência que se repete no decorrer da vida. Igualmente, não se confunde com uma parada de uma sessão ou pontuação do relato do paciente, dentre outras circunstâncias. O que o autor quer enunciar — que é o que importa em uma interpretação — não é sua forma; é o efeito que pode acontecer na vida do paciente através de uma palavra, um gesto. Para Nasio (1999, p. 141), “[...] o que define uma interpretação é a sua efetuação”; ou seja, os valores significantes da interpretação.

O que quer dizer valor significante? Isso quer dizer muita coisa, mas antes de tudo que a interpretação só importa, em uma análise, como elemento em uma estrutura, à maneira de uma partícula atômica no seio de um sistema físico, uma partícula destacada de uma conjuntura de

geração, que tem uma trajetória, que tem um ponto de impacto e que é capaz de provocar um efeito de mudança radical na consistência de uma rede (p. 141).

1.2.3 Relato de caso clínico e pesquisa

A construção do caso clínico em psicanálise é a peça-chave na argumentação de seu método e no diálogo com a psicopatologia. É um instrumento que articula o caráter privado e sigiloso da psicanálise no que se refere à experiência de tratamento e na sua legitimidade científica. Um caso clínico pode resumir-se a uma composição de poucas linhas ou mesmo a um relato minucioso, como diz Dunker (2011). Em suas palavras,

Gostaria de admitir que o critério mais simples para que um relato seja utilizado como caso é que ele se inscreva em um determinado sistema de transmissão. É deste sistema de transmissão, como comunidade social de pesquisa, que caracteriza a psicanálise, que deveríamos extrair os critérios pragmáticos que definiriam um caso. Como em qualquer método, o caso clínico se presta a verificação, comparação e crítica dos fenômenos, conceitos e hipóteses sobre os quais é apresentado no quadro de uma comunidade de pesquisa. Ou seja, se é pelo uso que um caso se caracteriza como tal, não será pelo delineamento de suas características formais (narrativas ou discursivas), temáticas (conceituais ou nocionais) e categorias (como os da escala Waelder) que se poderá chegar ao reconhecimento das condições que tornam uma peça de escrita um caso clínico (p. 538).

De acordo com Queiroz (2002), as pesquisas no campo psicopatológico falham à medida que dão ênfase aos sistemas classificatórios ante a singularidade da clínica. O saber psicanalítico não está no observador; está naquele sujeito que detém o sofrimento. Assim, a pesquisa deve estar inscrita no sujeito afetado pelo *pathos*, embora, de modo indireto, o pesquisador que padece com

o sofrimento do outro amplia o desejo de saber, o desejo de curar. Nesse sentido, a teorização do *pathos* tem implicação direta naquele que escuta. A forma como o discurso afeta o analista afetarà a sua produção de pesquisa.

Não há como falar de uma metapsicologia freudiana sem situá-la (Queiroz 2002). O caso clínico aparece como amarração necessária à produção em pesquisa em metapsicologia. E o ato de escrever sobre a clínica esculpe um ato de transformar em teoria. O caso clínico transcende a escuta de desejos nunca revelados, as histórias da vida privada que são necessárias para a produção em metapsicologia e que apenas o caso pode revelar e inscrever (Queiroz, 2002).

O caso escrito para Queiroz (2002) manifesta uma relação transferencial metamorfoseada. O analista se torna sujeito encarregado de escrever a história clínica, e a transferência presenciada deixa de existir na letra. O que está escrito estimula o sujeito a considerá-la como o signo de algo que não está mais presente. Segundo Dunker (2011), o emprego desse modelo de classificação na perspectiva freudiana enfatiza a etiologia, e não as características descritivas.

Em pesquisa sobre o método do estudo de caso em psicanálise, Guimarães e Bento (2008) fazem uma revisão do assunto e apontam três questionamentos importantes: o que é estudo de caso em psicanálise? Qual é o objeto da teorização do estudo de caso em psicanálise? Como realizar um estudo de caso em psicanálise? Chegaram à conclusão de que a escrita analítica sobre o *pathos* é o estudo de caso em psicanálise que inclui sua descrição e sua teorização; e o objeto que deverá ser teorizado é a memória do inconsciente que passa por três momentos centrais para a construção do caso: *pathos*-doença; *pathos*-paixão-transferência; e escrita da análise e interpretação da narrativa da doença, da transferência e a construção metapsicológica.

O primeiro eixo para construção de um caso clínico é a história da doença com sua descrição e evolução — a inscrição do *pathos*-doença. Observa-se a queixa com relação à história do

sujeito. A inscrição *pathos*-paixão- transferência é o momento em que os processos inconscientes são reatualizados através da figura do analista, através das repetições e regressões das relações instauradas nas relações durante a infância. Através do influxo da transferência em que se inicia o tratamento em psicanálise, o sintoma deixa de ter tanta importância para o paciente na medida em que se instala a neurose de transferência. Assim, inicia-se o caminho para “liberdade” dos processos inconscientes, o que lhe aprisiona e causa sofrimento. Como consequência, os sintomas deixam de fazer sentido para a manutenção do sujeito. No terceiro eixo, a escrita à construção teórica e sua relação com o material clínico ligado ao campo teórico e à produção de uma metapsicologia (Guimarães, Bento, 2008).

Como se pode perceber, o estudo de caso tem relação forte com a experiência clínica. O atendimento clínico antecede a construção do caso clínico; e é após seu término que se inicia a elaboração do sentido, daquilo que aconteceu dentro do setting terapêutico. Desse momento em diante, é possível construir a teoria psicanalítica percorrendo o caminho do sofrimento dos pacientes.

Como a iniciou Freud, a pesquisa em psicanálise parte dos relatos de pacientes; o percurso que o analista deve percorrer está marcado pelo que é dito. Porém, o que determina a pesquisa em psicanálise serão os não ditos, o que está nas entrelinhas. Assim, o ensaio metapsicológico é o texto do analista que foi possível através da existência do paciente que, em dado momento, passou pelo processo de análise; e a construção da teoria foi possível porque o analista transformou a experiência analítica em escrita.

A clínica e a escrita em pesquisa não são considerados como idênticas, visto que uma antecede a outra. Ao se escrever a clínica, está se desenvolvendo uma metapsicologia, e não uma psicanálise no sentido clínico. Porém, definir a psicanálise como método de investigação e

tratamento significa dizer que a construção teórica é possível após o trabalho do tratamento da pessoa que passou pelo processo. Iribarry (1999, p. 53) esclarece o que seria caso clínico e o diferencia de estudo de caso:

O caso só é caso ao receber status de apresentação pública. O ensaio metapsicológico adquire sua cidadania ao ser apresentado publicamente, obtendo, desta maneira, o reconhecimento que lhe tornará aproveitável entre os que se ocupam das meditações freudianas.

Ao teorizar o objeto de estudo no estudo de caso que é de situar a descrição do *pathos* (sofrimento psíquico) e também a teorização da memória do inconsciente da análise do caso estudado. Caberia pensar que escrever a clínica seria refletir sobre o tratamento de um caso, na angústia, nos efeitos terapêuticos, no sofrimento. A escrita tem como sentido especificar a queixa do paciente e descrever, de maneira neutra, para entender quais são os processos inconscientes da pessoa atendida no contexto do sofrimento relacionado com a doença, da transferência e da construção teórica.

Com base nessas observações derivadas do pensamento de autores citados até aqui, na pesquisa em psicanálise a construção de um caso clínico é instrumento relevante. Embasa a avaliação de um processo de tratamento, a discussão da função diagnóstica de cada caso e o estudo da expressão singular dos sintomas e sua relação com a queixa. São procedimentos que ajudam a compreender, no discurso do paciente, a demanda do sujeito e o “lugar” de seu sofrimento. Com efeito, no texto “A construção do caso clínico em saúde mental”, Carlo Viganò (1999) escreve sobre esse tema e diz que a psiquiatria, no caso de Minas Gerais, estava em um processo de transição: então considerada doença, a “loucura” passa a ser tratada como saúde mental. Isso quer dizer que perde o significante de doença, faz pontuações pertinentes.

CAPÍTULO 2 – CLÍNICA-ESCOLA E FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL EM PSICOTERAPIA

2.1 Formação do psicólogo para psicoterapia

No prefácio de *A primeira entrevista em psicanálise*, Françoise Dolto escreve sobre o campo da psicanálise diferenciando-a de outras modalidades de atendimento, a exemplo da psicologia experimental, genética, inter-relacional. Há uma população crescente cuja atividade profissional se volta à psicanálise, à orientação, a conselhos e à psicoterapia. Ela diz que a formação de pessoas no campo clínico é polimorfa, que a aplicação de teste se espalhou e que os métodos empregados têm embasamento experimental com acertos e erros.

A imprensa tem ampliado o acesso a noções de psicologia para um público mais geral. Diante desse acesso “fácil” aos conteúdos de psicologia, as responsabilidades de fracassos educacionais relacionados com a maneira de tratar dos filhos são terceirizadas; ou seja, vão para mãos técnicas que orientam e reeducam ou ainda para provar reações com o caráter científico.

O trabalho de psicanálise, às vezes, é confundido com o trabalho do psicotécnico, do psicossociólogo, do orientador profissional e de outros. Porém, a psicanálise é um método de pesquisa que trabalha com a verdade individual em que os processos inconscientes determinam o agir do sujeito e limitam sua liberdade sem que tenha conhecimento. A psicanálise vai ao encontro da singularidade do sujeito, “[...] cuja realidade não tem outro sentido para um sujeito salvo a maneira pela qual ele lhe foi associado e por ela se sentiu modificado” (Dolto, 2004, p. 9).

O campo clínico é polimorfo e com métodos de tratamentos diferenciados de uma abordagem para outra. Com efeito, o livro *Atendimento psicológico em clínicas-escolas*, publicado pela Associação Nacional de Pesquisa em Pós-graduação em Psicologia, dá uma medida da reflexão sobre a qualidade dos atendimentos psicológicos relacionados com a formação de alunos de graduação e pós-graduação em Psicologia. O livro busca contribuir para a formação no campo da psicologia clínica com base em fundamentos comportamentais e cognitivo-comportamentais. Reúne reflexões decorrentes de encontros realizados em congressos. A pesquisa subjacente à obra foi realizada em clínicas-escolas do país voltadas à formação clínica; mas merecem destaque aqui porque se referem ao campo de formação em psicologia clínica (ainda assim, cabe ressaltar que foi desenvolvida em direção diferente das pretensões da pesquisa apresentada nesta tese). Os resultados se fundamentam na formação clínica, nas perspectivas comportamentais e cognitivo-comportamentais. Os capítulos que abordam o tema diagnóstico estão atrelados ao diagnóstico com base nos manuais de diagnóstico estatístico ou à escala comportamental CBCL (child behavior checklist). Tenta-se viabilizar uma linguagem única de comunicação e padronização de protocolos de atendimento.

A obra tem quatro partes. A primeira parte refere-se ao tema clínica-escola (aspectos metodológicos e teóricos), em quatro capítulos. A segunda tem três capítulos que especificam o atendimento psicológico para crianças em clínica-escola. A terceira enfoca o atendimento psicológico para adolescentes em clínica-escola, em dois capítulos. Enfim, a quarta parte aborda o atendimento psicológico para adulto em clínica-escola, em quatro capítulos. Com esse arranjo, a organizadora considerou dois tópicos principais: conceitos teórico-metodológicos do atendimento e questões práticas.

O tema da clínica-escola como integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade objetivou verificar a clínica-escola de maneira crítica: sua importância para a comunidade e sua relevância para a formação profissional. Ao propor essas análises, as autoras buscaram suprir três demandas: as necessidades da comunidade, o pedido dos alunos por uma formação consistente e o compromisso com a ciência e a responsabilidade de produção de conhecimento. De acordo com Lör e Silveiras (2006), pode-se chegar à seguinte conclusão diante das novas demandas da profissão e possibilidades profissionais: a clínica é uma das possibilidades que podem facilitar a aplicação do conhecimento de psicológico em outros contextos, permitir aos profissionais em formação o uso de sua criatividade e capacidade na construção de perspectivas que beneficiem cada vez mais a comunidade de que dela necessita, em sua disponibilidade, como futuros profissionais, para o que a ciência tem de valioso e promissor: a capacidade de construção e atualização, de beneficiar a comunidade.

No que se refere à metodologia de pesquisa da psicoterapia em clínicas-escola, o objetivo do estudo foi demonstrar os obstáculos e as diretrizes sobre caminhos que podem ser seguidos no desenvolvimento de uma pesquisa clínica. Isso porque a clínica-escola é um locus que permite realizar estudos nessa área. O autor, Meyer (2006), diz que é tarefa difícil e que envolve metodologias diferentes, em que as perguntas em psicoterapias são respondidas por delineamentos não experimentais ou delineamentos experimentais de sujeito único.

No caso do tema do atendimento psicológico para crianças com dificuldades escolares, converge para a reflexão sobre a presença significativa de queixas escolares com fundamentos em pesquisas empíricas. Apresenta-se a necessidade de capacitação do psicólogo para atuar nos serviços de saúde na comunidade. As autoras do estudo dividiram sua explanação em três partes: referencial teórico; características psicossociais do público atendido em relação à queixa escolar

e resultados obtidos, com destaque a atuações de intervenção para diminuir os problemas relacionados com a vulnerabilidade (Maturano, Elias, 2006).

Sobre formas novas e alternativas de atendimento em clínica-escola, Rocha e Silveiras (2006) estudaram o Grupo de Espera Recreativo para entender os benefícios em relação ao número de desistência e, assim, achar o número de encontros ideal para sua execução e para manter o objetivo central da clínica: oferecer qualidade no atendimento para a comunidade. Os resultados do estudo demonstram que um número pequeno de atendimentos recreativos diminui a desistência e beneficia o vínculo entre cliente e clínica, atendimento imediato, interação com membros do grupo, além de possibilitar um novo instrumento de avaliação diagnóstica.

Sobre o contexto do atendimento psicológico para criança de risco e sua relação com a formação em psicologia pediátrica, Pedromônico (2006) aponta a necessidade de destacar a importância de dialogar sobre a formação dos psicólogos que pretendem atuar no cuidado da criança atendida no serviço hospitalar de pediatria. Para atuar na psicologia pediátrica, o psicólogo necessita ter “[...] formação teórica conceitual crítica em desenvolvimento humano normal e transtornos na perspectiva de ciclo vital, epidemiologia de saúde e doença na realidade das crianças e dos adolescentes brasileiros, promoção de saúde e prevenção de transtornos mentais” (p. 123). Além desses atributos, é importante ter formação em clínica no que se refere à avaliação e a intervenções com enfoque na criança, no adolescente e na família, além ter facilidade de atuar com a equipe multiprofissional na área da saúde.

O resultado do estudo sobre o atendimento a adolescentes por equipe multidisciplinar em clínica-escola foi explorado com o propósito de demonstrar o atendimento multidisciplinar com foco na fase evolutiva da adolescência e ênfase no trabalho de prevenção e cura. A linguagem comum entre as equipes é a utilização de manuais, tais como o DSM-IV-TR-TM e a CID-10, que

fazem troca de informações sobre o diagnóstico da clientela entre a equipe multiprofissional (Asnar-Farias, Schoen-Ferreira, 2006).

O estudo de Oliveira (2006) se desenvolveu com a implantação de um trabalho em uma clínica-escola cujo objetivo era atender usuários e dependentes de substância psicoativas. A ênfase foi na abordagem psicossocial. Os dados apresentados se referem a adolescentes que estavam em abstinência para identificar suas crenças cognitivas e seus estágios motivacionais em relação ao consumo de drogas e a jovens infratores encaminhados pelo Ministério Público para o Laboratório de Intervenções Cognitivas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Dentre os procedimentos utilizados, foram feitos exames toxicológicos, aplicadas escalas e conduzidas entrevistas motivacionais para garantir o acompanhamento do tratamento.

Falcone e Azevedo (2006) pretenderam contribuir com a reflexão sobre a “relação terapêutica” — que veem como temática pouco explorada na abordagem cognitivo-comportamental. Saber das reações dos terapeutas diante de pacientes resistentes é fator importante para a terapia cognitivo-comportamental; viabiliza dados de investigação para o incentivo de novas pesquisas sobre o mesmo assunto. Com esse estudo, as autoras chegaram às seguintes confirmações: lidar com comportamentos resistentes de pacientes é estressante para amostra de terapeutas que participaram da pesquisa; terapeutas com sentimentos negativos ante a resistência do paciente tentavam manejar a situação com profissionalismo; tinham mais êxito terapeutas mais experientes; supervisões clínicas não devem focar apenas no processo teórico e técnico do terapeuta iniciante, mas também nos fatores emocionais ligados ao processo terapêutico.

Rangé et al. (2006) discorreram sobre os resultados do tratamento em grupo para transtorno do pânico e agorafobia, fobia social e depressão. Os participantes do primeiro grupo deveriam

apresentar o diagnóstico do eixo I (compreende as síndromes da clínica psiquiátrica) para excluir a possibilidade de transtorno de personalidade do eixo II (inclui os transtornos de personalidade e o retardo mental). O programa continha entrevistas estruturadas: uma para transtorno de ansiedade, outra para transtorno de personalidade. Os participantes respondiam em casa e traziam para a segunda sessão para ser avaliadas e comparadas após o período de tratamento, de oito sessões. Os temas foram distribuídos nesta ordem: informação sobre os transtornos; treino de habilidades de manejo; conscientização corporal; fortalecimento da autoeficácia; manejo existencial e encerramento. Foram diagnosticados cinco pacientes para participar do grupo de fobia social através da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-TR (SCID-V) e através do inventário de ansiedade e fobia social (SPAI). O grupo foi composto por quatro integrantes — um desistiu — para doze sessões semanais de duas horas de duração cada, sob orientação de dois terapeutas. Foram trabalhadas a habilidade de conversação, a habilidade assertiva, a habilidade de falar em público e exposições ansiogênicas (Rangé et al., 2006). No tratamento em grupo de psicoterapia cognitivo-comportamental, foi utilizada a escala de Beck de depressão antes e após o processo terapêutico. Foram 16 sessões para trabalhar os seguintes pontos: sigilo; informação sobre transtorno; explicação sobre abordagem utilizada e distorções cognitivas, dentre outros (Rangé et al., 2006).

Souza e Silveiras (2006) desenvolveram um trabalho com grupos de mulheres na clínica-escola com informações sobre a menopausa. O trabalho seguiu a abordagem experimental, pois relatam que há poucos estudos nessa perspectiva. Daí que pretenderam preencher a lacuna. As autoras desenvolveram um trabalho de grupo com medidas objetivas e delineamento experimental.

O estudo sobre o tema dos preditores de abandono de pacientes de clínica-escola aponta que mudanças de terapeutas podem estar atreladas à desistência do processo de terapia. Nesse estudo, dos pacientes que desistiram e informaram o motivo, 8,8% relataram que estavam satisfeitos com os resultados obtidos. Autores do estudo, Lhullier, Nunes e Horta (2006) chegaram à conclusão de que o ensino em psicoterapia deve trabalhar, em primeiro lugar, as habilidades inter-relacionais dos estagiários para, então, ensinar habilidades específicas da técnica psicoterápica, tais como manejo da transferência, reestruturação cognitiva e técnicas psicodramáticas.

Ainda no caso das clínicas-escolas, convém discorrer sobre a importância do diagnóstico psicológico na direção do tratamento e na formação profissional. Isso pode ajudar a compreender possíveis benefícios no processo psicoterápico. Pode-se afirmar que, mesmo com a longa história das clínicas-escolas nos cursos de graduação em psicologia, a discussão sobre o diagnóstico e seu papel na formação do psicoterapeuta e na condução do processo terapêutico foi esquecida ou reduzida à aplicação de instrumentos psicodiagnósticos. Isso aponta mais uma vez o desconhecimento ou a negação das psicopatologias psicológicas.

2.2 Clínica-escola, organização e processo terapêutico

Clínicas-escolas de psicologia, segundo a lei federal 4.119, são serviços obrigatórios (Brasil, 1964). Com a finalidade de proporcionar um local adequado para a formação do futuro profissional em psicologia, o serviço tem como eixo principal articular os conhecimentos práticos, teóricos e os conceitos éticos da profissão (Herzberg, 1996, Araújo, 2007).

Gauy e Fernandes (2008) descrevem que a formação em Psicologia tem sido fonte de atenção especial pelas instituições formadoras e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) quanto a aumentar as modalidades de atuação para suprir as necessidades da população. Relatam que, para

fundamentar e refletir sobre esse tema, deve-se verificar como as clínicas-escolas de psicologia têm contribuído para a formação de psicólogos a fim de oferecer atendimento de qualidade à comunidade.

Mesmo sendo um ambiente vinculado a uma instituição de ensino, a clínica-escola tem como objetivo promover ações que possibilitem o ensino e a pesquisa a fim de contribuir para a formação do aluno. Para efetivação dessa prática, os serviços são oferecidos à comunidade. Nesse sentido, a discussão opera também na função social desses serviços, em que a população é economicamente desfavorecida e pode ter acesso a atendimentos psicológicos de custos baixos ou ter a possibilidade de ser gratuitos (Herzberg, 1996).

Contudo, embora tenha tido atenção especial das instituições e do CFP para ampliar as formas de atuação, o assunto clínica-escola ainda tem sido cenário de pouca atenção (Gauy, Fernandes, 2008). Publicações científicas referentes às práticas em serviço escola de Psicologia na década de 90 incluem os trabalhos de: Ancona-Lopes (1993), Ferreira (1998), Levandowski (1998), Carvalho e Terzis (1998) e outros. Registros mais recentes são encontrados nas publicações de: Lhullier (2002), Salinas e Santos (2002), Romaro e Capitão (2003), Melo-Silva et al. (2005), Rubiano (2005), Ancona-Lopes (2005), Santos e Silvaes (2006), Paparelli e Nogueira Martins (2007), Sassi e Maggi (2007), Romaro e Oliveira (2008), Herzberg e Chammas (2009), Boeckel et al. (2010), dentre outros.

Esse registro configura a escassez de pesquisa no âmbito de atendimentos clínicos em clínica-escola. Vale ressaltar que o termo clínica-escola foi substituído por serviço-escola, como se lê em Amaral et al. (2012). A mudança objetivou abarcar uma escala maior de procedimentos de intervenção do psicólogo de atuação, além do campo clínico; ou seja, facilitar e acompanhar a evolução da profissão — conforme Amaral et al. (2012).

Peres, Santos e Coelho (2003) relatam que a maior parte dos estudos que se referem à clínica-escola discute intervenções voltadas à comunidade externa; exceção são trabalhos apresentados por Simon (1971), Calejon (1995) e Yamamoto (1997). Também dizem que existiam estudos recentes que caracterizavam a clientela, a descrição dos serviços oferecidos e a problematização das dificuldades referentes ao trabalho clínico-institucional. Entretanto, haveria poucos estudos relacionados com o público interno. Nesse sentido, apresenta-se um estudo que faz uma caracterização breve do serviço gratuito prestado à comunidade interna discente vinculada a uma clínica-escola da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista em Assis (SP). O estudo faz considerações sobre as modalidades de atendimentos e estratégias de intervenção, além de problematizar questões técnicas e éticas e apresentar propostas de reestruturação do serviço (Peres, Santos, Coelho, 2003).

A pesquisa de Romaro e Oliveira (2008) buscou caracterizar as queixas de adultos separados que foram atendidos em uma clínica-escola da cidade de São Paulo. As autoras relatam que vários dos serviços oferecidos para formação profissional nem sempre são registrados de maneira sistematizados a fim de conhecer características da demanda. Foram listadas 86 queixas, dentre as quais ansiedade, insegurança, medo (42,8%) e depressão (32,1%) foram predominantes. Em relação ao histórico clínico, em 60,7% dos casos foi citada a separação.

Os registros de pesquisas referentes à clínica-escola indicam estudos localizados nas regiões do Sudeste e do Sul. Apontam pesquisas referentes a considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia (Ancona-Lopez, 1983), atendimentos psicológicos a crianças com problemas escolares (Dias, 2008), triagem de clientes a ser atendidos em clínicas-escolas (Herzberg, 1996) e satisfação com atendimentos psicológicos nas clínicas-escolas brasileiras (Silvares, 1996), dentre outros.

Até agora, a exposição enfocou de maneira geral as pesquisas referentes à clínica-escola, mas convém especificar os resultados de pesquisas bibliográficas sobre o ângulo da psicanálise.

Pinheiro e Darriba (2010) escreveram um trabalho sobre a clínica psicanalítica na universidade que foi desenvolvido com reflexões do trabalho de supervisão. Os autores descrevem o confronto entre o lugar do saber — o sujeito da universidade com a psicanálise que tem sua própria ética. Quais seriam as implicações pela imposição de um prazo de encerramento dos atendimentos clínicos? Em primeiro lugar deve-se pensar em três pontos específicos: os estagiários e o confronto com o lugar de saber; o estagiário confronta sua divisão subjetiva; por fim, aquilo que a psicanálise revela e orienta com ética singular. As reflexões sobre esses três elementos serão discutidas num percurso freudiano, ainda que nos textos de Freud não se encontre a experiência clínica no contexto da universidade. Os três momentos específicos seriam: o lugar do saber, o sujeito dividido e a ética. A conclusão dos autores é que a interrupção do estágio decorrente das normas institucionais deve redundar na possibilidade de nova convocação de uma nova estrofe de continuidade; não a paralisação. Isso significa dizer que através da possibilidade de não saber permite construir algo. Trata-se de incluir um saber incompleto como operador, não conclusivo; um deslocamento da posição de estudante para a de analista. Aos supervisores, cabe a função de ensinar e analisar sem constituir um ideal nesse lugar.

Também Marcos (2011) escreveu sobre clínica-escola na perspectiva psicanalítica. O estudo contribui com vários questionamentos à transmissão da psicanálise nesse contexto e delimita como seria a transmissão da psicanálise na clínica-escola, além de interrogar a possibilidade de transmissão, sua ética e seu ato dentro do espaço universitário. Para entender o lugar da clínica na universidade, foram levantadas as seguintes questões: com a experiência de iniciação à escuta

no espaço universitário, como ocorre o ensino e o que essa clínica pretende ensinar? De que maneira acontece o processo de transmissão dentro da universidade? Qual é a relação entre a clínica e a universidade? (Marcos, 2011). A clínica é referida como ponto de intersecção entre universidade e comunidade; ao mesmo tempo, como lugar de pesquisa e reflexão. Não há como pensar na universidade sem pensar na relação com a comunidade e sociedade. Antes de chegar à conclusão de que a clínica-escola dentro do espaço universitário tem a preocupação voltada à formação acadêmica, é preciso pensar na clínica-escola como lugar de atenção à saúde e cuidado ao sofrimento psíquico (Marcos, 2011).

O texto “Pesquisa e transmissão da psicanálise no contexto universitário”, de Alberti (2010), traz contribuições significativas ao ensino da psicanálise no contexto universitário: agrega a importância da transferência no ensino com a transmissão da psicanálise. A autora afirma que existem posicionamentos contrários na formação em psicanálise na universidade. Daí que interroga: o que pode ser ensinado ou não na universidade? Assim, temas como diagnóstico e direção do tratamento não podem ser ensinados na universidade por ser uma posição de ensino na formação do analista; são necessários pré-requisitos transferenciais. Isso quer dizer que a opinião do autor vai contra o propósito desta tese, que se refere ao ensino do diagnóstico na prática clínica em psicanálise no meio acadêmico. Tal questionamento acontece porque o autor considera que o diagnóstico e a direção do tratamento são provenientes da posição do saber psicanalítico. Apenas no contexto da formação do analista se deve ensinar e transmitir o ensino sobre um diagnóstico e o tratamento orientado em psicanálise.

Alberti (2010) põe em xeque essa afirmação porque o primeiro contato que a maioria dos analistas tem com a psicanálise ocorre em sua vida como estudante universitário.

Então, é porque a escola me ajuda a orientar minha relação com a causa freudiana que ela me orienta no ensino da psicanálise na universidade, me sustenta no lugar de \$/a (professor/psicanalista) da maneira como o desenvolvi acima e me garante um espaço de dialetizar minha posição nas relações discursivas de maneira que me aponta sempre para a não toda relação com um significante identificatório como seria, por exemplo, o caso de um professor se identificar nesse lugar de professor. O professor/psicanalista “sabe que o pensamento é aberrante por natureza” (Lacan, 1974–1975), que o campo do não-saber é bem maior que o do saber e que toda investigação pressupõe um sujeito sustentado na verdade do objeto a — conforme o discurso histérico. Por outro lado, é em função de minha relação com a causa freudiana que tenho ampla liberdade em desenvolver na escola — único lugar em que isso é possível, a meu ver, e por isso, para mim, “minha escola” é aquela que me permite isso —, as questões que depois posso levar para a universidade como temas de pesquisa (p. 126).

Em texto sobre o ensino da psicanálise, Freud (1919/2006b) considera que o ensino dessa prática seria bem visto por todos os psicanalistas porque o essencial para o aprendizado em psicanálise seria considerar a importância de seu tripé na formação em psicanálise que engloba: análise pessoal, supervisão e estudo da teoria analítica.

Pereira e Kessler (2016) escrevem um artigo sobre as reflexões entre o estudo da psicanálise e clínica na universidade em que levantam a discussão da possibilidade ou não do ensino de psicanálise na universidade. Argumentam que, quando o aluno escolhe a prática em clínica com sustentação na psicanálise, o que torna viável o aprendizado é o tripé sustentado por Freud (1919/2006b): análise, supervisão com clínico mais experiente e estudo teórico.

A transmissão em psicanálise não acontece por meio do ensino formal. É uma experiência que acontece de maneira singular. Na universidade, o ensino acontece de maneira coletiva, sem levar em conta o sintoma do aluno. O desenvolvimento do saber na prática clínica inclui a subjetividade do aluno e do terapeuta. Essa questão é de extrema relevância na prática clínica, por isso, nessa travessia singular para a construção do conhecimento, o aluno deverá trabalhar o que for necessário para sua análise pessoal. Ao mesmo tempo, a universidade não permeia o discurso universitário o tempo todo. O que significa que a presença de psicanalistas nesse espaço proporciona o início de uma prática, enquanto surge o desejo do aluno de estudar a psicanálise, que possibilita a entrada de um discurso: o do analista.

Ante a necessidade de articular as discussões de pesquisas referentes à clínica-escola a fim de contribuir para a formação do futuro psicólogo e prestar serviço de qualidade para sociedade, deve-se considerar as condições sociais de cada território em que se busca redefinir o campo de atuação e desenvolver técnicas de trabalho eficazes para o contexto do Brasil.

Com base nesse recorte, o tema pesquisado inclui a clínica-escola e o diagnóstico psicológico.

2.3 Procedimentos e avaliação do processo terapêutico

Com efeito, a clínica-escola e o diagnóstico psicológico se projetam no recorte deste estudo. A pesquisa se refere a procedimentos e avaliação do processo psicoterapêutico como importantes para construir uma prática clínica sólida. Ainda que haja poucos estudos sobre o assunto, o tema é importante para detectar lacunas na transmissão do saber e, com isso, poder efetivar com eficácia o ensino na prática.

Avaliar as intervenções durante o processo psicoterápico é algo que desafia pesquisadores e clínicos. Peuker et al. (2009) revisaram a avaliação de processo e resultado em psicoterapias para

discutir a integração da prática clínica com base em evidências para melhorar as intervenções psicológicas. O resultado desse estudo diz que as pesquisas sobre psicoterapia no cenário brasileiro ainda é inicial. Poucos sistematizaram a avaliação do processo e os efeitos de suas intervenções. Mais que isso, a distância entre pesquisa e prática persiste. Para os autores, identificar as variáveis entre eficácia e efetividade pode possibilitar estratégias no processo de tratamento úteis à formação de futuros profissionais.

Com efeito, contribuir para a formação de profissionais na prática clínica é o ponto de interseção deste estudo com a investigação de Peuker et al. (2009). Porém, buscar uma prática baseada em evidências parece destoar da prática clínica em psicanálise que considera a subjetividade como a singularidade de cada sujeito analisado. Aceitar a prática fundada na evidência não seria negar a narrativa do sofrimento do sujeito e impossibilitar esse sujeito de uma construção que ressignifique sua história? A prática baseada em evidência utilizada no campo da medicina parece ser de intervenção mais generalista; ou seja, serve para a maioria dos casos com intervenções diretivas. Além disso, parece ter o efeito da medicação. Mais do que ser apropriado ou não, a questão é que parece negada a singularidade de cada caso, o que tende a esvaziar a subjetividade. Em seu discurso, a psicanálise prima pela subjetividade do paciente. Desdobra-se como contrária à prática baseada em evidências.

Considerar que a transmissão da psicanálise ocorre de maneira significativa com base no tripé (teoria, supervisão e análise, cabe frisar) exposto por Freud (1919/2006b) supõe refletir sobre o método clínico e a prática de supervisão, que possibilita avaliar procedimentos e eficácia do processo terapêutico na formação dos psicólogos. Mal entram no curso de Psicologia, e os alunos já “sonham” com a prática de estágio. Mas, quando se deparam com o estágio supervisionado —

circunstância-chave da formação acadêmica —, veem este impasse: as diretrizes curriculares exigem carga horária mínima para a formação do estudante.

Com efeito, segundo a interpretação de Curi (2009), o artigo 20 da resolução 8, de 7 de maio de 2004 — que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Psicologia —, a cada projeto político pedagógico de cada instituição era exigido um percentual mínimo de 15% voltados para a parte prática na formação do psicólogo. Com sua revogação pela resolução 5, de 15 de março de 2011,¹ foi contabilizado um total de 300 horas de estágio supervisionado de toda a grade curricular.

Se a meta central da formação do psicólogo estiver voltada à preocupação com a atuação profissional, então como formar o psicólogo para atuação profissional em tão pouco tempo? Quando os alunos começam a entender “o fio da meada”, ou seja, a direção a seguir para ter uma formação de qualidade, o estágio termina, deixando como plausíveis a sensação de formação incompleta e o sentimento de frustração.

À luz da discussão que Freud iniciou em (1919/2006b) sobre estar em análise, as ações de estudar a teoria e ter supervisão dos casos atendidos permitem questionar pontos das diretrizes de formação discente em psicologia — por sinal, veiculadas por um discurso bem articulado; porém, o tempo parece pouco para articular teoria e prática. Daí uma dificuldade maior para compreender a subjetividade e o sofrimento de cada indivíduo atendido.

De acordo com Curi (2009, p. 2), “O estágio é, por definição própria, um conjunto de atividades — construção de conhecimento teórico, atividade prática e supervisão — que deveria prover condições do aluno encontrar condições de compreender o sofrimento humano”. Porém, parece que existe uma dificuldade com a formação pela falta de compromisso. Em sua

¹ Resolução CNE/CES 5/2011. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2011 – Seção 1 – p. 19.

experiência, a autora observou que os estágios alheios à matriz curricular são oferecidos, às vezes, a partir do segundo semestre de faculdade. Os alunos são seduzidos pela possibilidade de atuação na prática clínica sem discussão sobre o método e suas possíveis consequências. Quando questiona o aluno sobre sua prática, Curi (2009) pergunta o que ele faz, e o aluno diz “escuto”. “Escutar é uma forma rápida de concluir. Escutar vira, então, sinônimo de atendimento. Mas, escuta o quê? Para quê? Assim, o aluno emudece... Tudo é muito apressado... Ao aluno, falta serenidade para refletir...” (p. 3). Segundo Curi, o estudante é capaz de dizer que a relação transferencial foi estabelecida e houve melhora do paciente em duas ou três sessões.

A dificuldade de ensinar a clínica é que não existe um modelo para compreender o campo psíquico. A subjetividade se constitui de maneira única em cada caso, o que convoca o estagiário a desconstruir os modelos preestabelecidos. A ânsia por respostas rápidas e soluções quase mágicas coloca o ensino da clínica em uma situação de crise, em que tal busca deriva não só da demanda dos pacientes, mas às vezes também do clínico/estagiário e até de seus supervisores. Parece faltar reflexão sobre o método, com isso a ideia de transmissão se abre a “pontos de interrogação” na formação: como compreender a psicanálise sem passar por uma análise? Como aprender a psicoterapia com base psicanalítica sem passar pelo “tratamento”?

Parece haver “um furo” no tripé exposto por Freud durante o processo de formação em clínica. As instituições de ensino não apresentam na matriz curricular a exigência de que o aluno seja obrigado a se submeter à psicoterapia clínica porque a construção do saber em clínica passa por estas três ênfases: análise pessoal, teoria e supervisão; e é um caminho singular que cada aluno terá de percorrer ao longo de sua formação.

Silva, Gasparetto e Campezzato (2015) tentaram delinear particularidades e diferenças dos estudos sobre psicoterapia psicanalítica e psicanálise. Sua investigação verificou autores que

percebem em ambas as abordagens técnicas semelhantes que dificultam a distinção: autores que as veem como pontas extremas; autores que supõem distinção no tempo de duração, na frequência de sessões, nos fatores extrínsecos ao uso do divã e fatores intrínsecos como a transferência, os objetivos e a indicação terapêutica. A conclusão a que este estudo chega é que esse debate é complexo e difícil de delimitar.

Quando Freud (1914/2006a) escreveu sobre a “História do movimento psicanalítico” para dizer que foi ele que desenvolveu a psicanálise e apontar suas divergências com Adler e com Jung, deixa claro que a psicanálise explica dois pontos importantes para remontar aos sintomas do neurótico suas fontes do passado: são a resistência e a transferência. “Qualquer linha de investigação que reconheça esses dois fatos e os tome como ponto de partida de seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus” (p. 26). Em texto sobre o ensino da psicanálise nas universidades, Freud (1919/2006b) menciona a importância da transmissão da psicanálise para que os médicos possam diferenciar patologias tratáveis de não tratáveis.

Jung, Nunes e Eizirik (2007) desenvolveram um estudo sobre avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. Através da investigação de coorte, que avalia efetividade da psicoterapia com base na orientação psicanalítica, a pesquisa foi realizada no serviço de atendimento comunitário de Porto Alegre, RS. Foram divididos em dois grupos com um total de 34 pacientes: 17 com tratamento que tem duração de 11 meses e 17 com 1 ano ou mais de psicoterapia. A intenção foi avaliar a efetividade do tratamento. Os pesquisadores utilizaram entrevista semiestruturada, questionário de efetividade e escala de avaliação global do funcionamento. O resultado da pesquisa foi que os pacientes melhoraram seu funcionamento se comparado ao seu estado na avaliação inicial, independentemente do grupo de tratamento, e que

a terapia psicanalítica, em relação ao tempo de duração, não foi fator decisivo do tratamento. Os fatores considerados incluíram terapêutica e qualidade das relações, reação e interpretações.

O diagnóstico psicanalítico possibilita entender o sofrimento psíquico e compreender as demandas de cada caso e suas particularidades. Os benefícios desse processo se mostram no desenvolvimento do raciocínio clínico e nas intervenções clínicas de acordo com cada necessidade do analisando.

Trinca (1984) e Ancona-Lopez (1984) identificam as práticas de avaliação psicológica fundamentada nos padrões médicos e psicométricos. Afirmam que o procedimento do psicólogo deve ser apoiado no uso de testes e na objetividade do diagnóstico para assegurar a cientificidade. Araújo (2007) afirma que o modelo médico inspirou de maneira ampla a realização das práticas do psicólogo; por meio de sua avaliação psicológica, auxiliava o médico no campo do diagnóstico diferencial no campo psicopatológico. Assim, suas práticas se embasam na observação dos sintomas e na aplicação de testes para detectar traços patológicos da personalidade do indivíduo. Esse modelo tem particularidades na construção do diagnóstico: sua perspectiva é mais generalista e sua atuação ocorre via prescrição de medicamentos para estabilizar aspectos psicopatológicos.

Ferreira (2002) relata que o ensino de psicopatologia esteve presente desde o princípio da instalação da faculdade de Psicologia no Brasil, por volta dos anos 70. O ideal para a formação de um psicólogo clínico estaria equiparado ao modelo médico, enquanto a transmissão do ensino seria feita por psiquiatras. Embora, desde o princípio, tenha havido contradições na leitura dos aspectos psicopatológicos e existam formas variadas de diagnosticar e uma corrente marcada pela influência do modelo médico, não se descaracteriza a importância do modelo médico na direção do trabalho da prática clínica.

Contudo, tem-se a impressão de que, no ensino de psicopatologia no curso de Psicologia, a teoria não se relaciona com a prática dado o caráter pragmático da tentativa de unificar características psicopatológicas. O ensino da psicopatologia voltado a aspectos da compreensão psíquica fundados nas teorias que tentam explicar a natureza psíquica do “adocimento” parece ser pouco relevante, enquanto a natureza psicológica da explicação dos fenômenos patológicos se esvazia. A ênfase incide nos sinais e sintomas sem explicação de teor psicológico. Despreza-se a singularidade do sujeito, com isso o diagnóstico se torna cada vez mais generalista e ateuórico, ou seja, sem explicação do processo de adocimento. “Não se trata mais de tentar exprimir ou descrever a essência do sofrimento humano, nem mesmo especular sobre suas possíveis determinações” (Pereira, 1998, p. 62).

A psicanálise valoriza o diagnóstico na direção do tratamento. Porém, vale ressaltar que o diagnóstico não está fundado na tradição médica. Mesmo que os sintomas sejam descritos pelos pacientes, a função do psicanalista é compreender a relação do sintoma com seu padecimento. Por meio da transferência, é possível transformar o sintoma em questão para o sujeito e, assim, ter acesso ao seu modo de funcionar através do seu discurso e direcionar o tratamento. Realizar um diagnóstico embasado na psicanálise supõe uma perspectiva voltada para a singularidade do sujeito. A demanda é individual. Cada caso é um caso. Assim, “a queixa psicológica” tem uma função para o sujeito: uma parte consciente, outra parte distante da consciência — que está instaurada na trama de seu desejo.

Independentemente das diferenças da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia nos procedimentos para a realização do diagnóstico, as três vertentes ressaltam a importância deste como guia na direção do tratamento. Porém, a investigação com ênfase apenas nos aspectos conscientes dos sintomas pode excluir o sujeito da sua própria singularidade. A escuta analítica

via transferência privilegia o sujeito singular ao lhe oportunizar o falar do seu sofrimento e construir algo recompor verbalmente sua experiência de vida.

Para tanto, o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do complexo de Édipo: a inscrição do Nome-do-Pai no Outro da linguagem tem por efeito a produção da significação fálica, permitindo ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos (Quinet, 1991, p. 18).

Como se pode perceber, a função do diagnóstico é habilitar o psicólogo a realizar seu trabalho com ética e responsabilidade, a desenvolver os atendimentos clínicos segundo as particularidades de cada caso. Sintoma e queixa são a ponta do iceberg para iniciar o processo de investigação das manifestações inconscientes que causam o sofrimento para dada pessoa.

Privar a prática clínica da realização do diagnóstico é proceder de forma precipitada. Por exemplo, pode-se basear as intervenções no senso comum, pode-se não avaliar as emoções, os preconceitos e as ideologias. As práticas clínicas e as teorias têm de ser expostas a críticas para ter sua consistência revisada constantemente. Com isso, os princípios se tornam claros e a psicologia se transforma numa prática regulada. Não é técnica psicológica o desejo de fazer o bem nem as boas intenções o são (Rosa, 1995). Independentemente da multiplicidade de abordagens psicopatológicas e da composição do diagnóstico e de sua importância na compreensão clínica, a posição adotada é a da psicanálise, que permite, via diagnóstico, identificar o que está além do observado, pois valoriza o estatuto da singularidade do sujeito que relata sua história oralmente.

CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO, PROCESSO CLÍNICO E FORMAÇÃO NA CLÍNICA-ESCOLA: UM ESTUDO DE CASO

3.1 Estratégias metodológicas

Esta tese apresenta uma investigação em forma de estudo de caso pretendido como modelo para avaliar a função e o benefício do diagnóstico. A pesquisa reconstrói o caso via interpretação e construção em análise para identificar o modo de subjetivação relacionado com aspectos dinâmicos do inconsciente e do psicopatológico do sujeito analisado. A pesquisa é de cunho qualitativo com ênfase na abordagem psicanalítica. Seu intuito é contribuir para a formação de profissionais que trabalham com processos psicoterápicos.

Na condução da terapia psicanalítica tal como aponta Freud (1913/2006a), a função do diagnóstico é não só importante, mas também ambígua: só no término do tratamento é possível fazer o diagnóstico final. Porém, tratar do campo das psicoterapias pela fala ao dissociar os aspectos psicopatológicos pode implicar em prejuízo ao processo. Exemplo disso pode ser um paciente que tem um modo dinâmico de subjetivação psicótica: o tratamento não pode ser conduzido com a mesma orientação clínica de um neurótico. A hipótese diagnóstica é importante nessa orientação e não tem de ser tratada com algo estático; ao contrário.

O sintoma é importante para identificar o sofrimento do sujeito e a orientação diagnóstica; porém, na perspectiva psicanalítica, não pode ser levado “ao pé da letra”. Quando o indivíduo busca atendimento psicoterápico, é porque seus recursos internos falharam. Falhou seu mecanismo de defesa. Isso produz uma sintomatologia na tentativa de cura no modo de funcionamento tanto do neurótico quanto do psicótico (Del Vogo, 1998). O sintoma refere-se ao

fracasso do recalçamento. Consiste nas alterações defensivas do sujeito que impedem a energia psíquica de regredir livremente. Durante essa ação de recalque, o afeto não é extinto. Assim, permanecem a angústia e as impressões de sofrimento, apesar da produção de sintomas (Del Vogo, 1998). O retorno do recalçado abre a possibilidade de cura no tratamento do neurótico: “[...] à consciência do recalçado e a simultaneidade da elucidação e da cura à qual se associa o despertar dos sentimentos”. Em sentido próprio, a cura é uma “metamorfose” (p. 78).

O caso aqui considerado se trata de um caso clínico atendido por estagiário no núcleo de práticas psicológicas de uma clínica-escola do curso de Psicologia localizada no Tocantins. Os atendimentos tinham duração de 45 minutos e aconteciam uma vez por semana. As supervisões eram semanais e em grupo de, no máximo, dez estagiários. Cada pessoa que buscou pelos serviços psicológicos na clínica-escola tem uma pasta de registro contendo: ficha de inscrição do núcleo de práticas psicológicas; relatório de triagem; relatórios de sessões; termo de consentimento para pesquisa. Na pesquisa, foram analisados os prontuários de atendimentos mediante um estudo para verificar *o lugar do diagnóstico no processo terapêutico e o caso estudado em casos de atendimentos em clínica-escola*.

“A psicanálise constitui uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta.” (Freud, 1913b/2006, p. 225). Com efeito, o método de pesquisa em psicanálise começou com pesquisas sobre histeria publicadas em 1895. Os estudos acerca das pacientes histéricas resultaram no início da psicanálise. As investigações de Breuer e Freud (1895/2006) se contrapuseram às ideias de Janet, pois desassociaram os fatores genéticos das causas da histeria, apresentaram uma explicação dinâmica dos processos mentais e uma síntese da origem da dissociação mental que é ocasionada pela repressão (Freud, 1913a/2006).

O objeto de estudo de pesquisa em psicanálise é o inconsciente. O que significa que o trabalho não é generalista; é uma abordagem de singularidades. As pesquisas clínicas foram possíveis com a transformação da noção tradicional do sujeito, que “[...] surge comprometido em uma jogada que não tramou, e esse é o ponto essencial em que se encontra a dimensão estruturante do sujeito por meio do processo inconsciente” (Berlink, 2000, p. 199).

Para Figueiredo (2004), existem diferenças entre a construção e a interpretação de um caso. A primeira diferença é que a construção organiza os fundamentos do discurso tendo em vista uma conduta; enquanto a interpretação é precisa: visa a um sentido. A finalidade da construção deve ser justamente a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho conjunto, o que seria impossível na via da interpretação. Assim, a construção pode ser um método clínico de maior alcance” (p. 78).

Convém entender a palavra clínica. Ela deriva do grego *kline*, ou seja, leito, ou com sentido de inclinar sobre o leito do doente para poder produzir um saber. Ao se pensar no ponto essencial em que está a posição estruturante do sujeito, a construção serve como fundamento de elementos recolhidos do discurso que permite compreender a posição subjetiva desse discurso e, assim, entender os indicadores colhidos e poder retomar o ponto fundamental (Figueiredo, 2004).

Ainda segundo Figueiredo (2004), a construção de um caso seria a repartição de elementos de cada caso, daí ser possível extrair as intervenções do analista na orientação do tratamento. Porém, Magtaz e Berlinck (2012) se contrapõem a esse objetivo de construção de um caso, pois este aponta uma alteração metapsicológica, uma investigação de um tema fomentado por ele. “A metapsicologia não se reduz, de maneira nenhuma, a uma compreensão da dinâmica do paciente nem de sua estrutura clínica. Ela precisa ser ampla, como Freud o fez ao criar noções pertinentes à clínica como um todo” (p. 78).

Magtaz e Berlinck (2012) entendem a interpretação do caso em pesquisa clínica como constituição da oportunidade de “representação figurativa” do enigma vivido na clínica. “[...] é possível pensar na *construção de uma representação figurativa para o vivido da clínica* (para o processo primário) como sendo uma elaboração secundária, uma interpretação ou a possibilidade mesma de transformar vivência em experiência socialmente compartilhada” (p. 78; grifo dos autores).

Figueiredo e Minerbo (2006 citando Matte-Blanco) dizem que, no caso de uma pesquisa, será necessário suprir o que falta segundo duas lógicas: a lógica dos processos secundários — relacionada com aspectos da consciência e da razão; e a do processo primário — interligada aos processos inconscientes.

Transformar a vivência clínica em experiência socialmente compartilhada é de extrema importância e vai ao encontro da expectativa deste trabalho, que é contribuir para a formação clínica ao se interessar pelo diagnóstico clínico na condução do tratamento em clínica-escola — convém frisar. Propõe-se a análise de um caso para discutir a importância do diagnóstico na orientação do tratamento.

Existem eixos centrais relevantes para a pesquisa: o eixo da interpretação e construção do caso clínico, da discussão de uma hipótese diagnóstica dos aspectos psicopatológicos do sujeito na perspectiva psicanalítica e do diálogo com a medicina. Em um processo de investigação, deve-se levar em conta a transferência como possível caminho de investigação e construção deste estudo; o material tratado refere-se a elementos psíquicos fora do campo da consciência, ou seja, ligados a aspectos do inconsciente.

De acordo com Siqueira e Queiroz (2014), o pesquisador que trabalha na perspectiva da psicanálise investiga um campo relacionado com objetos psíquicos que estão além dos dados

situados no campo da experiência. O ingresso nesse campo e o contato com esses objetos ocorrem via transferência.

Elia (1999) explica que a pesquisa em psicanálise deve se situar no campo clínico da experiência analítica por incluir a transferência como condição fundamental. A interpretação psicanalítica funciona como eixo para escuta e recorte do material analisado. O método psicanalítico pode ser utilizado para interpretações relacionadas com o universo simbólico do homem: sessões de psicoterapia, ou seja, qualquer material de cunho projetivo ligados aos fenômenos sociais e institucionais. Porém, não é satisfatório para verificar relações de causa e efeito nem para passar de um campo a outro.

Quanto à verdade de uma interpretação, tem de ser tomada como provisória e não definitiva. Nessa condição, a pesquisa em psicanálise está endereçada àquilo que a investigação permite. Quando a pesquisa é voltada ao campo clínico, suas conclusões valem para a clínica (Figueiredo, Minerbo, 2006).

Para tanto, ter acesso a esse objeto de estudo e tentar explicar sua cientificidade — a elaboração do diagnóstico em psicanálise — é possível via transferência. O sintoma se apresenta de maneira enigmática, e o analista é confrontado com esse enigma. A construção do caso é permitida através do seu recurso metodológico; qual seja, transformar o pressuposto teórico numa teoria inédita (Siqueira, Queiroz, 2014). Ela é uma organização dos fundamentos do discurso objetivando a uma conduta.

O caso se refere a elementos pertencentes à construção de uma memória que não obedece a uma sucessão normal do tempo. Nesse sentido, trata-se de uma ficção que pretende apreender uma verdade do inconsciente que só é possível via reconstituição do caso clínico (Siqueira, Queiroz, 2014).

Freud (1915/2006a), no seu texto sobre o inconsciente, justifica a necessidade de conceituar o inconsciente ante as contestações de sua existência. Os dados da consciência demonstram um número extenso de lacunas — em pessoas saudáveis e pessoas adoecidas — em que ocorrem, com frequência, os atos psíquicos que só podem ser explicados através de outros atos. E esses atos psíquicos podem ser explicados via parapraxias e sonhos em pessoas sadias, além de poder ser descritos como sintoma psíquico ou obsessão nos doentes. Todos os atos da consciência estão interligados com os atos inconscientes.

Freud (1937/2006a) estabeleceu algumas condições importantes para se pensar no “término de uma análise”. O primeiro ponto é que o paciente não sofra mais dos seus sintomas: ansiedades e inibições e que a quantidade de material recalado que se tornou consciente seja satisfatória para que não se repita o processo patológico, que o analista seja capaz de identificar esses elementos.

Nota-se que o término da análise depende da avaliação do analista sobre a construção que fez do caso atendido e que, para isso, é necessário avaliar todo o processo do paciente — da queixa ao fim da análise.

No primeiro momento, encerrar um processo clínico requer analisar os relatos e observar os dados sintomatológicos e se, durante o processo, os sintomas ainda estão presentes. No segundo momento, a análise do caso é mais subjetiva, e seu final depende, também, do estudo do caso para avaliar se o material recalado que se tornou consciente é suficiente para não haver repetição de elementos que levaram o sujeito adoecer.

Noutros termos, o processo psicoterápico é uma construção do saber de ambas as partes: analista e analisando; e, de certa forma, se o paciente aprendeu, durante o processo, a dar uma nova significação àquele conteúdo inconsciente que o fazia sofrer, por outro lado a construção do saber em psicanálise está diretamente relacionada com a função terapêutica em um processo no

qual ocorre uma investigação. Assim, o saber construído pelo paciente se dá através das interpretações do analista e da construção em análise durante os atendimentos (Freud, 1900/2006; 1937/2006b). O outro saber se dá na construção do caso, que é construído de maneira singular de um sujeito específico e que de certo modo serve de reflexões para outros casos.

A análise do material clínico será através do método psicanalítico. As questões norteadoras que auxiliaram nos aspectos de investigação do material de análise são: a queixa é tratada como ela se apresenta? O enquadre da queixa está de acordo com o modelo diagnóstico médico? Quais seriam a queixa manifesta e o motivo do sofrimento psíquico? Qual é a função da queixa no processo psicoterápico na compreensão do sofrimento e funcionamento psíquico?

No anexo, estão o material de estudo — relatórios dos atendimentos de acordo com os arquivos dos prontuários. Para resguardar os princípios éticos que orientam a pesquisa, nomes pessoais e de lugares foram omitidos para manter anônima a identidade do paciente. São fictícios os nomes usados aqui para referir a pessoas atendidas.

3.1.1 Síntese da história do caso de Bárbara², “a estrangeira”

A estagiária que realizou a triagem fez o atendimento. Com a triagem, foram nove encontros e duas faltas. Aconteceu em 14/4/2013. O processo terapêutico (atendimentos) teve início em 24/4. O último atendimento foi em 20/6. No período de triagem, a paciente busca tratamento para a sua “oscilação de humor, tristeza e angústia”, na expressão dela. Porém, em nenhum momento seus conteúdos ficam fixados na queixa. Sua história traz seu problema familiar com o sobrinho que criou e é usuário de droga. Sua fala é permeada pelo sentimento de culpa pela criação que lhe

² O nome Bárbara foi adotado para manter anônima a identidade da paciente. Sua etimologia alude ao sentido estrangeiro: o que não pertence — ou que se considera como não pertencente — a dada região, a certa classe ou a determinado meio.

deu. Relata que suas crises se intensificam quando se sente culpada pelo erro do sobrinho — que tem como filho.

A “oscilação de humor” foi relatada pela paciente como queixa principal; mas seus relatos revelam outros indicadores possíveis de sofrimento. Ela trabalha em um projeto com famílias carentes e se depara com problemas de uso de drogas. Daí que a oscilação parece estar relacionada com seu trabalho na casa de apoio a famílias carentes, onde presencia situações de familiares que envolvem drogas. “Tinha dia que não estava a fim de ajudar” — como disse. Em certos momentos, tem vontade de ajudar; em outros, não! Ora é um trabalho benevolente, altruísta, ora é um trabalho que parece ser feito por obrigação.

Em seus relatos diz ter poucos amigos e que não sentia apoiada quando precisou deles. O sobrinho fugiu e sumiu. Ninguém queria escutar os relatos dela sobre o sobrinho, nem mesmo a estagiária, que a interrompe e pede para falar livremente de seus sentimentos em relação a pai, mãe e filha.

A paciente relata histórico de depressão. Faz uso de medicação e teve tratamentos anteriores em outra cidade. Disse que, no auge da doença, sua prima lhe ajudou. Não está clara a relação entre o ápice da depressão e a morte da mãe; porém, o conteúdo das sessões mais expressivas eram os que tratavam de sua relação com a mãe.

3.2 Discussão do caso clínico com base na relação entre queixa e diagnóstico

Os aspectos clínicos investigados no estudo de caso de Bárbara foram que a queixa não foi tratada como ela se apresenta. A paciente trouxe como queixa — cabe frisar — a oscilação de humor e a tristeza, cujos sintomas — assim como a intensificação das crises — ela relacionou com o sentimento de culpa vinculado (relação entre sobrinho e uso drogas).

3.2.1 Caso de Bárbara, “a estrangeira”

A paciente relata que faz o uso da fluoxetina e que foi diagnosticada com depressão. No relato da triagem, não foram significativos os sinais de depressão nem durante o processo. De acordo com o DSM- V-, a queixa principal está relacionada com “a fadiga ou a insônia”; porém, em seus relatos não foram significativas a presença de insônia ou fadiga nem oscilação de humor. Daí que o motivo do sofrimento parece ser de ordem primária — sua relação com a mãe. A paciente passa anos de sua vida em busca do amor da mãe — do reconhecimento desse amor. Como diz Martins (2013), a queixa é um sintoma que deve ser considerado dentro de uma queixa; mas é algo mais que um sintoma: é aquilo que deflagra.

De acordo com os relatos do primeiro atendimento, a triagem exerceu a função de entrevista clínica. Ela trouxe conteúdos alusivos à infância, a problemas de relacionamento com a mãe, o pai, a filha e o sobrinho. No início do atendimento, a paciente expôs a história do sobrinho, porém sua fala parece “carregar” sentimento de impotência ante os problemas: ciclo de amizade, desânimo no trabalho social e relação com o marido. Ela parece recobrar, nessas relações, o afeto que busca na relação entre mãe e filha. No penúltimo atendimento, disse não ter mais o sentimento de culpa pelo sobrinho e que percebeu muita melhora em alguns aspectos. Não compareceu ao último atendimento. A ausência foi sua despedida.

Em síntese, a queixa vem como sintoma — oscilação de humor e tristeza; porém, ao abrir suas questões pathicas, seu discurso fica preso às lembranças do passado. O fio condutor dessas lembranças foi a queixa principal, o motivo para o qual buscou atendimento e que relacionou com seus sentimentos pelo sobrinho. Em seguida, descreve sua relação com a filha como poucas descrições de afeto. Conta sua relação com o marido com relatos que causam a impressão de monotonia. Por último, traz a dor de ser filha de sua mãe.

3.2.2 Relação do diagnóstico médico com a queixa e o caso até o fim do processo

A depressão parece estar relacionada com a depreciação de sua própria história, pois aspectos semiológicos que caracterizem a depressão durante os atendimentos não foram significativos nem ficou clara a relação do auge da depressão com a morte da mãe. Porém, há indicadores expressivos que a falta da mãe eternizada desajustou seus recursos internos para lidar com tal falta em sua vida no período inicial de formação. De alguma forma, seus mecanismos de defesa falharam. Daí o desconforto e mal-estar psicológico, a depressão, a pressão, a ação contra sua história, a depreciação e a desvalorização.

O conceito de semiologia médica na medicina clássica e atual é visto como sinônimo de sintomatologia: a parte da medicina que trata dos signos das doenças. Como descreve Dalgarrondo (2000), a semiologia médica é o estudo de sinais e sintomas que permitem aos profissionais formular diagnósticos e conduzir tratamentos através da identificação e alterações físicas e mentais manifestadas em comportamentos observados. Assim, os signos das enfermidades são constituídos por sinais: sintomas e síndromes. Cabe dizer ainda que semiótica e semiologia têm o mesmo significado no estudo de tais signos.

Dentre esses aspectos, o eixo central para qualificar a depressão é o humor triste. Mas se deve levar em conta que a atividade humana inclui relação e transmissão entre dois interlocutores que usam um sistema de signos. Mesmo que a semiologia geral esteja ligada à linguística, é preciso considerar os comportamentos não verbais, tais como atitude, posturas, gestos, maneirismos e outros. Os sintomas que configuram um quadro de depressão, para Dalgarrondo (2000), estão relacionados com sintomas afetivos; instintivos e neurovegetativos; ideativos e cognitivos; relativos à autovalorização; volição e psicomotricidade.

Berlinck e Fédida (2000), porém, apontam divergência entre melancolia e depressão; ou seja, descrevem um campo significativo particular da depressão. Afirmam que os antidepressivos são eficazes para tratar a depressão, porém os sintomas melancólicos perseveram. A depressão seria um estado de luto primitivo que manifesta sem culpa; e a melancolia, uma neurose permeada de conflitos, culpa e depressão.

Em “A catástrofe glacial”, Freud (1987) constitui o “momento” da passagem da animalidade para a humanidade, em que a depressão é o estado que acompanha essa transformação. “Com a catástrofe glacial, há uma reviravolta no ambiente, seguida pela perda de contato com a regularidade sexual e pelo desaparecimento do objeto primitivo de satisfação” (Berlinck, Fédida, 2000, p. 13). A dor e a angústia de suportar a ausência do objeto humano reagem à falta de sensibilidade dos sentidos e procura um leito para “[...] manter-se em um estado de inatividade”; porém, a depressão pode tomar outra direção em que o sujeito se acomete de uma busca incansável pelo objeto perdido ante a sensação de vazio que não pode ser preenchido senão com a dor e a angústia (Berlinck, Fédida, 2000).

Essa manifestação figura a presença excessiva do ausente. Um corpo invasor impede a constituição da organização narcísica do vazio onde é possível encontrar uma temporalidade própria e romper o estado de alienação que se abateu sobre o fazer, deixando de emprestar o corpo para o que se foi. O luto impossível do objeto primitivo de satisfação produz a depressão interminável, em que o corpo se empresta ao que foi embora, pratica em si seus gestos, encarna-o. Abandonar seu gesto para assumir o alheio e alienar-se nele, ausentificar-se nele, desencarnar-se nele — tudo para negar que já se foi — lança o sujeito numa depressão sem tempo para terminar (p. 14).

A depressão configura um estado de vazio, ausência de determinado tempo expressando lugar e espaço caracterizados por uma organização narcísica do vazio (Berlinck, Fédida, 2000). O tratamento psicoterápico para a depressão necessita que o indivíduo faça a passagem da depressão para a depressividade, em que os antidepressivos aceleram o processo, embora a ação do Eros constitua um movimento em direção a essa passagem. A escuta psicoterapêutica apenas é possível no estado de depressividade, regida pela transferência. Além disso, o tratamento exige um ciclo que corresponda à organização narcísica do vazio.

Entretanto, existe uma dificuldade em fazer o diagnóstico, pois a passagem da depressão para a depressividade é semelhante ao um estado maníaco que pode se confundir com o transtorno bipolar, pois nesse período observam-se euforia e capacidade de mover-se (Berlinck, Fédida, 2000). A depressão não é uma estrutura psíquica; é um estado que faz parte da estruturação e da constituição do psiquismo que caracterizam o humano. Assim, é caracterizada por um estado com duração necessária para restaurar o narcisismo. Toda vez que o contato com a realidade é duro demais, a depressão é um dos recursos à disposição para proteger desse contato ameaçador e frustrante (Berlinck, Fédida, 2000).

3.2.3 Construção do caso clínico

A reconstituição do caso Bárbara se faz necessária para discutir a queixa psicológica em relação aos atendimentos realizados, para pensar e repensar no percurso do processo psicoterápico segundo a reconstituição feita em meio a reflexões sobre “queixa psicológica”, “diagnóstico médico” e “sofrimento psíquico” da paciente: nome fictício que alude a ideia de “estrangeiro”, “forasteiro”, “estranha”, uma “língua incompreensível” — convém lembrar. A palavra bárbaro surgiu de uma onomatopeia (vocábulo formado pela reprodução linguística aproximada de certos sons). Os gregos antigos utilizavam a expressão bar bar para se referirem a

quem não falava grego, ou seja, chamavam de bárbaros os estrangeiros. Daí que a locução adjetiva “a estrangeira” foi utilizada como qualidade ou característica do ser, de quem não pertence — ou não se considera pertencente — a uma região ou a um grupo. Essa analogia faz sentido na construção do caso de Bárbara porque ela parece se sentir estranha por não pertencer a uma “família certinha” e com direito a repetições. De acordo com o seu eu ideal, o núcleo familiar — pai e mãe e filhos — não representa a família de origem nem a que constituiu.

Freud (1919/2006a), em seu artigo “O estranho”, tenta definir a palavra estranho indo além da simples equação que corresponde a algo “não familiar”. Quando se tem a oportunidade de rever situações, impressões, pessoas que despertam esse sentimento de estranheza, o estranho é algo familiar. Para Freud (1919/2006a), “[...] o medo de ferir ou perder os olhos é um dos mais terríveis temores das crianças. Muitos adultos conservam uma apreensão nesse aspecto, e nenhum outro dano físico é mais temido por esses adultos do que um ferimento nos olhos” (p. 248).

Ainda assim, a origem do sentimento de estranheza não se resumiria a um medo infantil; antes, seria um desejo ou até uma crença da criança. Ao fazer uma análise da novela do escritor Hoffmann *Die Elixire des Teufels* (O elixir do diabo), Freud (1919/2006a) destaca que os temas relacionados com a estranheza que mais se destacam são verificados e que podem ser atribuídos a causas infantis. Estão relacionados com um fenômeno duplo e que aparece em todas as formas e em todos os graus de desenvolvimento. Ele considera os personagens de uma maneira idêntica porque parecem iguais, e esses processos mentais são parecidos e têm uma relação comum com o sentimento e a experiência com o outro. Quando o sujeito é marcado pela identificação com outra pessoa, aparece a dúvida sobre quem é o seu próprio eu (self), e o seu eu (self) pode ser trocado por um estranho. Existem uma repetição e divisão do eu dos mesmos aspectos, ou

mesmas características, ou mesmos nomes através das gerações, assim existe um retorno constante da mesma coisa que é substituída pelo estranho.

Freud (1919/2006a, p. 252) discorre sobre o termo “duplo” abordado por Rank (1914) de maneira completa: “Ele penetrou nas ligações que o ‘duplo’ tem com reflexos em espelhos, com sombras, com os espíritos guardiões, com a crença na alma e com o medo da morte; mas lança também um raio de luz sobre a surpreendente evolução da ideia”. De maneira original, o duplo era uma segurança contra a destruição do próprio ego; e que não desaparece ao passar pelo narcisismo primário, pois pode receber novo significado nas fases posteriores do desenvolvimento do ego. Essa atividade especial que resiste tem a função de exercer censura na consciência. Freud afirma que pode ser verdade que o estranho seja o que é secreto, ou seja, o que é familiar, que foi reprimido e depois voltou. O estranho que tem origem de complexos infantis que foram reprimidos revive por meio de alguma impressão que foi superada e, outra vez, confirma-se.

Bárbara relatou que sua relação familiar é “estável”. Mas cabe a pergunta: estável ou instável? Afinal, essa relação parece ser a causa do seu sofrimento psíquico, instaurado em seus relacionamentos interpessoais em forma de repetições. Ambiguidades se apresentam na duplicidade e obscuridade de sentido. O estranho é igual ao que não é familiar. Ao mesmo tempo, o que está velado e que se torna desvelado através da fala vai ao encontro do secreto familiar, que coincide com o sofrimento e a aprisiona no infantil, na ferida narcísica, no desejo de pertencer a uma “família certinha” — como disse.

Nesse sentido, no falar “[...] do sonho de querer casar e constituir uma família certinha [...]”, paira a dúvida. A ambivalência é posta. Casar-se e, depois, ter filhos como a convenção determina? Ou se sentir amada pela mãe?

Caso pareça estranho esse dilema, a estranheza não anula a duplicidade e necessidade de questionar o estatuto do real do desejo, pois esse sonho não seria uma maneira de reatualizar seus conflitos infantis. O “desejo” de Bárbara seria o de se casar e ter uma filha desse casamento “certo”. Esse sonho seria a possibilidade de refazer a sua história, o desejo de ocupar o lugar da filha nesse sonho e, assim, ter a possibilidade de ser amada pela mãe, visto que seu relato não toca na experiência de ter vivenciado tal amor. Como diz Campos (2010, p. 37),

Podemos pensar, assim, numa identificação primária com a mãe como forma de ser mulher. Desta forma, uma identificação posterior com o pai seria uma espécie de via de alcance da mãe, posto que a mãe busca no pai aquilo que ela, enquanto mulher, não tem.

O sonho de pertencer a uma família “certinha” seria a possibilidade de voltar a um estágio anterior; porém, sua filha é fruto de uma triangulação amorosa: Bárbara se envolveu com um homem casado — que não a assume como mulher — e depois se casou com um homem de mais idade do que ela, que lhe oferece uma vida de conforto. As repetições são constantes: suas relações esbarram em sua ferida narcísica quase o tempo todo. Enquanto o romance com um homem casado parecia ser tranquilo, a gravidez a deixa sem um marido que assuma a relação — o outro. Sente-se uma vadia. Disse que tinha medo porque sua mãe sempre deixou claro que não a apoiaria em nada: quem faz filho tem de criar — teria dito a mãe. Quando sua situação fica mais estável — com o casamento e a vida de conforto —, a vida lhe dá outro golpe: sua filha sofre abuso de seu parceiro, o que lhe proporcionava a estabilidade. Mas ela se nega acreditar que essa situação tenha ocorrido. De novo se separa e se depara com um estado de desamparo e vazio. O golpe final — que a leva ao auge da depressão — foi a falta da mãe eternizada, aludindo a uma situação inicial de sua história.

O narcisismo secundário se define com investimento da energia psíquica (libido) da imagem do eu. Essas imagens são formadas pelas identificações do eu com as imagens dos objetos (Freud, 1914/2006c). Os objetos de identificação têm um valor significativo na formação do eu. O eu é o acúmulo de objetos abandonados que resultam em uma série de características do objeto que se inscreve de maneira inconsciente. O eu incorpora os traços do objeto (Nasio, 1997).

A relação de Bárbara com sua filha é “estranha”, não familiar. Ela supre sua filha de bens materiais, mas lhe nega o afeto — como sua mãe fez. Em sua fala, a paciente não percebe essas semelhanças. Recaem na terceira geração as semelhanças entre mãe e filha. Vão ao encontro da ferida narcísica. Para pertencer a essa família “certinha”, a mãe da paciente excluiu os filhos: entregou-os ao orfanato, para constituir outra família: a que pertence Bárbara, pois é fruto dessa segunda relação que a mãe teve com o seu pai.

Ela, porém, age diferentemente da mãe: não entrega a filha aos cuidados de outra pessoa. Apenas preenche com bens materiais o espaço do afeto — tal como sua mãe fez. “A identificação do eu com a imagem total do objeto representa uma regressão a um modo arcaico de identificação, no qual o eu se encontra numa relação de incorporação com o objeto” (Nasio, 1997, p. 53).

Com efeito, em sua releitura dos textos de Freud, Nasio (1997) destaca pontos centrais do narcisismo. Segundo ele, para Freud existem dois tipos de narcisismo: um primário e um secundário. O primeiro está voltado à modalidade autoerótica; o segundo, ao ideal do eu. Além disso, o narcisismo do ego se associa com o narcisismo secundário. A passagem do narcisismo primário para o secundário é voltada ao ideal do eu, em que a criança percebe que o amor da mãe não é só mais dela — como acreditava. Assim, é necessário reconquistar o amor materno para ter

de volta essa perfeição narcísica. Através do complexo de castração, pode-se instaurar o desejo de resgatar essa perfeição narcísica.

No texto a “Dissolução do complexo de Édipo”, Freud (1924/2006a) discute, pela primeira vez, a diferença do percurso sexual do desenvolvimento da menina e do menino. O complexo de Édipo é um fenômeno central da primeira infância; logo após esse período, a criança entra em um estágio de regressão e submete-se ao período de latência, quando sua libido se volta ao processo de socialização. No menino, o complexo de Édipo encerra-se com o complexo de castração, “[...] é minha opinião ser essa ameaça de castração o que ocasiona a destruição da organização genital fálica da criança” (p. 195). No primeiro momento, o menino não acredita na ameaça de perder o “pênis” ou não obedece por completo; depois, começa a avaliar a promessa de ser castrado; enfim, depara-se com os órgãos genitais femininos, e a ameaça de castração se torna real. Assim, são duas as possibilidades de satisfação para a criança: uma ativa, uma passiva.

O reconhecimento de que as mulheres são castradas evidencia a perda do pênis; porém, nos meninos, seria uma resultante de uma punição; nas meninas, uma precondição. “Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e a catexia libidinal de seus objetos parentais” (Freud, 1924/2006a, p. 196). Assim, as catexias de objeto são ignoradas e trocadas por identificações. A lei é internalizada no ego, através da identificação do pai ou dos pais; assim, forma-se o superego, que se apropria da rigidez do pai. A proibição do incesto é perpetuada, protegendo o ego do retorno da catexia libidinal.

As energias psíquicas referentes ao complexo de Édipo são transformadas em uma identificação. Parte delas é transformada em impulsos de afeição; parte é inibida do seu objetivo.

Por um lado, o órgão genital é preservado — afasta-se o perigo da perda; por outro, paralisa e remove sua função. Esse processo interrompe o desenvolvimento sexual da criança e o submete ao período de latência.

Freud (1924/2006a) utiliza o nome repressão para justificar o distanciamento do ego em relação ao complexo de Édipo, mesmo que as repressões decorrentes ocorrem pela maior parte pelo superego. Nesse caso específico, o superego está em formação. Para Freud, esse processo vai além de uma repressão. “[...] se for levado ao pé da letra [...]”, corresponde à destruição do complexo, no que se pode supor uma linha fronteira entre o normal e o patológico. Na realidade, se o ego ficou apenas no complexo de repressão, essa condição no inconsciente no princípio do prazer — o id — poderá ocasionar o seu efeito patológico.

Diante do caso exposto, pode-se verificar que, na situação analítica, ameaça de castração identifica as vinculações entre o superego e o complexo de castração. Essa descrição refere-se às crianças do sexo masculino. Na menina, é a partir do complexo de castração que se inicia o complexo de Édipo. Elas não conhecem o “medo de castração”. É um fato findado. Daí um tempo maior na situação edípica (Freud, 1924/2006a). Nesse ponto nosso material, por alguma razão incompreensível, torna-se muito mais obscuro e cheio de lacunas. Também o sexo feminino desenvolve um complexo de Édipo, um superego e um período de latência.

Será que também podemos atribuir-lhe uma organização fálica e um complexo de castração? A resposta é afirmativa, mas essas coisas não podem ser as mesmas como são nos meninos. Aqui a exigência feminista de direitos iguais para os sexos não nos leva muito longe, pois a distinção morfológica está fadada a encontrar expressão em diferenças de desenvolvimento psíquico. A anatomia é o “destino” — para variar um dito de Napoleão. O clitóris na menina inicialmente comporta-se exatamente como um pênis, porém quando ela efetua uma comparação com um

companheiro de brinquedos do outro sexo, percebe que “se saiu mal” e sente isso como uma injustiça feita a ela e como fundamento para inferioridade (Freud, 1924/2006a, p. 197).

Ao descrever a diferença anatômica entre meninas e meninos, Freud (1925/2006, p. 231) destaca as proporções na formação do complexo de Édipo assim: “A intensa e longa duração da ligação pré-edipiana da menina a mãe. Contudo, de mais interesse, talvez seja o longo exame do elemento ativo na atitude da menina para com a mãe e na feminilidade em geral” (Freud, 1931/2006). Nesse período, as restrições impostas no cuidado podem ocasionar hostilidade em relação à mãe; e é através dos elementos ativos e passivos que a criança apresenta capacidade de expressar sua feminilidade e tornar-se mulher. Através da relação entre mãe e filha, a menina vai apresentar potencial para se tornar mulher na fase adulta (Campos, 2000). Se a mãe não for mãe, a menina será sempre menina que precisa de cuidados. A não referência não a faz mulher (Campos, 2000). Em um caso que Campos atendeu, a referência materna foi a avó: a paciente situa a referência da mãe ligada à dor, ao ódio, que se misturam e se condensam na experiência de ser mulher (Campos, 2000).

De acordo com Campos (2010), os processos de identificação e o investimento do objeto que se discerne na menina ainda não são suficientes; e são pouco conhecidos. Porém, suas pesquisas sobre feminilidade caracterizam o período pré-edipiano em meio às meninas como aquele que tem uma função estruturante na organização da “identidade feminina” e até na formação das perversões femininas. Pode-se notar nos conteúdos de Bárbara que as repetições estão ligadas aos sentimentos e à identificação com a figura materna e que vai ao encontro de seu sofrimento psíquico, que a aprisiona num estado narcísico. As triangulações em que está envolvida parecem ser permeadas pela angústia de separação, pela perda do objeto, pelo abandono. Como diz Bergeret et al. (2006, p. 31).

Amor-próprio e sentimento de identidade, falo ideal de Si-mesmo, ferida narcísica, trauma, violência fundamental, angústia de perda de objeto, depressão... tais são os principais parâmetros de uma “linhagem” fundadora da psique humana e diacronicamente evolutiva, que se pode chamar de “linhagem” narcisista”

Na sexta sessão, Bárbara fez uma associação: fazer “obras caridosas” seria compensar o que ela não fez pela mãe. No penúltimo dia em que foi atendida na clínica-escola, relatou que

[...] está tudo bem, que realmente tem percebido que melhorou muito em alguns aspectos, autoestima, relacionamento conjugal, a relação com a filha e principalmente parou de se “doar” para ser amada o tempo todo, que continua ajudando as pessoas, mas agora é diferente, ela não sofre.

Contudo, ela não compareceu ao último atendimento — cabe reiterar. Marcou sua despedida deixando o vazio. Embora — como disse em seus relatos — tenha melhorado em alguns aspectos, restaram questões carentes de elaboração. Disse estar bem e que, quando precisasse, retornaria aos atendimentos. Convém dizer que ela não foi liberada dos atendimentos clínicos e demonstrou desejo de continuidade; mas isso não foi possível. Como a pessoa que já estava conduzindo os atendimentos não poderia continuar seus atendimentos na clínica-escola — ela estava concluindo sua graduação —, Bárbara não aceitou que outra estagiária ou outro estagiário continuassem seu tratamento.

CONCLUSÃO

*Não desejo suscitar convicções, o que desejo é
estimular o pensamento e derrubar os preconceitos.*

— FREUD

O tema privilegiado neste estudo foi a relação do diagnóstico com a psicoterapia clínica. Dentre as perspectivas possíveis para abordar a temática, a posição de diagnóstico adotada na pesquisa subjacente a esta tese é a perspectiva psicanalítica que promove uma escuta do sofrimento psíquico que vai além da “queixa” elucidada pelo sujeito quando procura por tratamento. Articular a discussão dos benefícios com sua função durante o atendimento clínico se fez necessário para resgatar o diálogo dos aspectos psicopatológicos dinâmicos do “sujeito do desejo” envolvidos na prática clínica.

Este estudo foi desenvolvido numa lógica de questionamento das práticas de ensino em uma clínica-escola. Foi percebido que o ensino de psicopatologia está voltado ao modelo operacional — pragmática em que o estatuto da doença ou do sintoma não era questionado. A fim de problematizar as questões norteadoras da pesquisa, o processo de investigação supôs levantamento de dados bibliográficos para compreender a configuração no cenário brasileiro sobre o efeito do diagnóstico e de como é feito na prática clínica no contexto das clínicas-escolas de psicologia.

Não são poucas as divergências entre práticas psicanalistas e demais correntes epistemológicas da psicologia e da medicina quanto à maneira de diagnosticar e a função do diagnóstico em intervenções no decorrer do tratamento. No entanto, voltando à obra de Freud (1913/2006a) — a seu texto “Sobre o início do tratamento” —, pudemos perceber seu interesse e sua preocupação com a prática do diagnóstico antes mesmo de iniciar intervenções clínicas. Ele

empreendeu esforços para que fosse executado por todos que a praticassem a psicanálise. Sempre o situou como parte indispensável do processo e do tratamento. Afirmou que a certeza do diagnóstico acontece quando o tratamento termina.

O conhecimento em psicopatologia — cabe frisar — é um campo em que existem propostas metodológicas diversas e diferenças teóricas; mas parece haver dificuldade em reconhecer os sinais precoces do transtorno mental, mesmo tomando-se os manuais classificatórios como referência. A prática diagnóstica parece estar desassociada dos atendimentos psicológicos, pois há poucos estudos sobre a importância do diagnóstico na formação de alunos de psicologia em clínicas-escolas. As que enfocam o diagnóstico em psicologia nos conteúdos da graduação estão voltadas ao modelo classificatório. Embora seja o mais popularizado na comunicação entre profissionais no campo da saúde mental e corresponder a práticas médicas, parece que existe entraves na identificação de aspectos psicopatológicos.

Este processo de investigação apontou a existência de escassez de estudos sobre clínicas-escolas de psicologia no país. Aqueles sobre práticas de atendimentos com realização do diagnóstico para condução de tratamento se relacionam com a visão médica e o tratamento se liga à eliminação do sintoma. Disso se pode interpretar que o ensino de aspectos psicopatológicos em psicologia perde sua identidade, parece não ter lugar bem definido nesse campo de formação acadêmica e profissional. O que também não deixa de ser um problema como percebemos ao longo deste trabalho.

Com efeito, na visão médica, o conjunto de sinais e sintomas do indivíduo configura quadros patológicos ou não. Nessa perspectiva, o diagnóstico visa reorganizar o equilíbrio homeostático e investigar a queixa tal como se apresenta para auxiliar o indivíduo em sua adaptação ao seu contexto social. Essa atuação considera os aspectos descritivos em prol de um significado

consciente para o sintoma. O ensino de aspectos psicopatológicos e a realização do diagnóstico na compreensão psicanalítica ou mesmo nos aspectos fenomenológicos parecem que se distanciam na construção do saber e na formação clínica em psicologia; ou seja, o ensino da psicopatologia parece que se enquadra no ensino de sinais e sintomas dos manuais classificatórios e a eles se restringe.

A reflexão deste estudo segue outra direção: estamos — sim — interessados nas queixas dos pacientes. De fato, são específicas de cada um que as apresentam; mas não como algo a ser investigado — como elucidado. Nosso objetivo terapêutico não é a eliminação de sintomas; esta é consequência do tratamento. Para a psicanálise, a sintomatologia tem relação com as experiências patogênicas às quais o indivíduo não consegue ter acesso, pois seus aspectos são inconscientes; são manifestadas em forma de repetição. Caso o sujeito não consiga, através dos mecanismos de defesa, manter o equilíbrio da energia psíquica que se encontra em excesso, o desequilíbrio se manifesta no sintoma.

A compreensão do sintoma em Freud tem uma relação forte com o diagnóstico. Ele dedicou boa parte de seus estudos à compreensão e explicação do funcionamento mental; porém, percebeu que a queixa não era para ser analisada literalmente, pois parte dela tem aspectos conscientes e outra parcela contém conteúdos inconscientes relacionados com o sofrimento do indivíduo. A queixa vem como fio condutor para começar compreender e investigar a demanda do paciente. Assim, a configuração do diagnóstico é estrutural: de acordo com o modo de subjetivação de cada sujeito; quanto mais particular o sintoma se apresentar, mais se configuram o diagnóstico de cada pessoa que está em sofrimento e a possibilidade de realizar intervenções mais adequadas segundo os questionamentos de cada um sobre seu desejo.

A intenção da psicoterapia psicanalítica se volta menos à eliminação do sintoma, e mais à criação de possibilidades para que quem se submeter ao processo psicoterápico tenha condições de ressignificar aquele conteúdo que faz sofrer. Através da interação de duas pessoas é possível construir esse saber, observando princípios básicos como a escuta do psicólogo e a relação transferencial para que se possa existir um processo. As manifestações inconscientes são possíveis através da palavra. A queixa precisa ser transformada em questão para iniciar o processo transferencial. O diagnóstico em psicanálise se liga à direção do tratamento. Não se trata de “hobby”. É a expressão psíquica do sujeito em dado momento de sua vida.

De fato a psicanálise tem relação direta com a psicologia no campo universitário; mas a pretensão deste trabalho não foi formar analista, e sim, através da fundamentação teórica e do rigor ético, produzir parâmetros para práticas de atendimento clínico em psicologia e ressaltar a importância do diagnóstico que não anule o sujeito do desejo como em outros modos de saberes. Nessa compreensão da formação da prática clínica, a função do diagnóstico está distanciada do atendimento clínico e acaba privando os avanços e a condução do tratamento — como se pode perceber na construção do caso Bárbara. Além disso, nesse processo de formação, as práticas de estágios são mínimas — como foi estabelecido pelas diretrizes curriculares; e ainda não existe exigência para que o aluno do curso de Psicologia se submeta a atendimentos clínicos antes de iniciar sua formação clínica e durante. De acordo com a tradição em psicanálise, aprender a prática clínica requer percorrer três caminhos: supervisão; análise; teoria.

Esta tese não visou à generalização; antes, pretendeu abrir possibilidades para questionar e dialogar sobre atendimentos clínicos sem o diagnóstico que considera os aspectos psicopatológicos do sujeito. Mesmo com as limitações deste estudo, podemos dizer que se tivesse havido diagnóstico antes de iniciar o tratamento do caso aqui analisado a paciente teria

outra elaboração de seus conteúdos inconscientes, que lhe desse mais capacidade de fortalecer seus recursos internos durante o tratamento. É provável até que não teria interrompido o processo clínico por causa da mudança de estagiário e que continuaria com seus atendimentos. Houve melhora nos sintomas, mas estes não foram transformados em questão para entender seu modo de funcionar e lidar com suas demandas internas. O alívio do sintoma não é garantia de que deixaram de existir.

Para a medicina, a psicologia e a psicanálise, o ser humano é elemento fundamental para desenvolver as práticas desses campos que lidam com a saúde humana. Seus interesses é que se fizeram necessários à abertura desta discussão para repensar na prática do diagnóstico clínico em psicologia. A preocupação com o “adoecer psíquico”, com aspectos psicopatológicos e com tentativas de tratamento remonta à Grécia antiga; ainda assim é um diálogo atual, que parte do pressuposto da individualidade do sujeito. Nas relações com outras pessoas surgem os conflitos, mas cada um tem sua demanda, sua expressão no mundo, sua subjetividade.

Marcou a análise do caso atendido a falta de indícios do diagnóstico psicológico. Parece que o valor dessa interface para iniciar o tratamento psicológico foi desqualificado e que isso teve consequências, tais como a não continuação dos atendimentos e a potencialização da resistência. Assim, percebe-se a necessidade de realizar diagnóstico antes de iniciar tratamento, mas não na forma de enquadramento de sinais e sintomas, e sim como algo que permita compreender aspectos psicopatológicos e a subjetividade; ou seja, permita ao indivíduo tecer sua história e aprender com suas possibilidades a lidar com seu sofrimento, ao mesmo tempo em que instaura um processo reconstrução de dentro para fora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, Sônia. (2010). Pesquisa e transmissão da psicanálise no contexto universitário. In Fuad Kyrillos Neto & Jacqueline Oliveira Moreira, organizadores. *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade* (pp. 113–29), Barbacena: EdUEMG.
- Alchieri, João Carlos, Cruz, Roberto Moraes. (2003). *Avaliação Psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amaral, A. E. V., Luca, L., Rodrigues, T. C.; Leite, C. A., Lopes, F. L., & Silva, M. A. (2012). Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 37–52.
- Amorim, Patrícia. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115.
- Ancona-Lopes, M. (1983). Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 35, n. 2, p. 123–35.
- Ancona-Lopez, M.(1984). Características da clientela de clínicas escola de psicologia em São Paulo. In R. R. M. Macedo, organizadores. *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento* (pp. 24–46), São Paulo: Cortez.
- Ancona-Lopez, S. (1993). Os cenários que se apresentam ao psicólogo hoje em dia. Palestra proferida no II Encontro Nacional de Supervisores de Estágio em Psicologia, São Leopoldo, RS.
- Ancona-Lopez, S. (2005). A porta de entrada: reflexão sobre triagem como processo interventivo. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos & C. P. Simon, organizadores. *Formação em psicologia: serviços escolas em debate* (pp. 259–70), São Paulo: Vetor.
- Araújo, Maria de Fátima. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: teoria e prática*, 9(2), 126-141.
- Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Asnar-Farias, M. e Schoen- Ferreira, T. H. (2006). O atendimento psicológico a adolescentes em clínicas-escolas. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento Psicológico em clínica- escola* (pp.129-139) Campinas: SP: Editora Alínea.
- Banzato CEM & Pereira M.E.C. (2005) Eyes and years wide open: *values in the clinical setting*. *World Psychiatry*; 4(2): 90-91.

- Bergeret, J. et.al. (2006). *Psicopatologia: Teoria e Clínica.* ; tradução Francisco Settineri. – 9. Ed. – Porto Alegre: Artmed.
- Berlinck, Manoel Tosta e Pierre Fédida (2000). “A clínica da depressão: questões atuais”, in *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, III: 2, 9-25.
- Berlinck, Manoel Tosta. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Bleger, José. (2011). *Temas de psicologia: entrevista e grupos*; tradução Rita Maria M. de Moraes; revisão da tradução Luís Lorenzo Rivera. 4 ed., São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Boeckel, M. G., Krug, J. S., Lahm, C. R., Ritter F., Fontoura, L. O., & Sohne, L.C. (2010). O papel do serviço-escola na consolidação do projeto pedagógico do curso de Psicologia. *Psicologia: Ensino & Formação*, 1(1), 41–51.
- Brasil (1964). Decreto-lei nº 53.46 regulamentador da Lei nº 4.119, de agosto de 1962, que dispõe sobre a Profissão de Psicólogo. Brasília, DF.
- Breuer, J; Freud, S. (1895/2006). Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, p. 13-258.
- Bucher, Richard. (1989). *A psicoterapia pela fala: fundamentos, princípios, questionamentos*, São Paulo: EPU.
- Calejon, L. M. C. (1995). Estudo com pacientes de clínica psicológica universitária. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 3(3-4), 235-254.
- Calligaris, C. (2004). *Cartas a um jovem terapeuta: o que é importante para ter sucesso profissional*, Rio de Janeiro: Elsevier.
- Campos. D. T. F. (2000). Mãe e filha: da identificação à devastação. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, XIII(135), 5–13.
- Campos, D. T. F. (2003). Demanda desejo e necessidade no campo da reprodução humana. *Estudos (Goiânia)*, 30(1), 153–64
- Campos, Denise Teles Freire. (2010). A perversão feminina e o laço social na atualidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 287–311.
- Carvalho, R.M. & Terzis, A.J. (1988). Caracterização da clientela atendida na clínica escola do Instituto de Psicologia da PUCCAMP. *Estudos de Psicologia*, 5(1) 33-47.
- Ceccarelli, Paulo Roberto (2003). A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, VI (1), 13–25.

- Celes, Luiz Augusto. (2005). Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. *Psychê*, 9(16), 25–48.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. 5ª ed. rev., Porto Alegre: Artes Médicas.
- Curi, P. L. (2009). Método clínico: uma reflexão sobre a prática. In *Anais do Congresso Internacional sobre o Método Clínico*, São Paulo.
- Dalgalarondo, Paulo. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*, Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Del Volgo, M.-J. (1998). *O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna*, São Paulo: Escuta Goiânia, GO: Ed. da UCG.
- Dias, Rogério (2008). *O atendimento psicológico a crianças com problemas escolares: a queixa escolar nos prontuários de psicologia*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo.
- Dolto, Françoise (2004). Prefácio. In Maud Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico de psicanálise*; tradução de Roberto Cortes de Lacerda, Rio de Janeiro: Elsevier.
- Dor, Joel. (1991). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Trad. Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre.
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Dunker, Christian Ingo Lenz, & Kyrillos Neto, Fuad. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), 611–26.
- Elia, Luciano. (1999). A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3).
- Falcone, E. M. de O. & Azevedo, V. da S. (2006). Um estudo sobre a reação de terapeutas cognitivo- comportamentais frente à resistência de pacientes difíceis. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras, organizadora. *Atendimento Psicológico em clínica- escola* (pp. 159–84), Campinas: Alínea.
- Fédida, P. (1988). *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta.
- Fédida, Pierre. (1998). De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 107–121.

- Fédida, Pierre & Patrick Lacoste. (1998). Psicopatologia/Metapsicologia. A função dos pontos de vista. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, I (2), 23–58.
- Ferrari, Ilka Franco. (2002). A psicanálise no mundo da ciência. *Psicologia em Revista*, 8(11), 82–91, jun.
- Ferreira T. (1998). Clínica e escola de psicologia: uma relação de extimidade. *Psiquê*, 8 (12), 38–45.
- Ferreira, A. P. (2002). O ensino da psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 4, 11–29.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75–86.
- Figueiredo, Ana Cristina & Machado, Ondina Maria Rodrigues. (2000). O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, (2), 65–86.
- Figueiredo, Luís Claudio & Minerbo, Marion. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257–78.
- Florsheim, D. B. & Berlinck M. T. (2009). Psicanálise e psiquiatria: uma reflexão acerca da psicopatologia. Relatório científico de Pesquisa de Iniciação Científica aprovada pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da PUC-SP, subsidiado pelo PIBIC-CNPq e desenvolvido no período de agosto de 2008 a julho de 2009.
- Freud, S. (1894/2006) As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, Vol. III.
- Freud, S. (1895/2006a). A psicoterapia da histeria (Freud). In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 02, pp. 271–319), Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1912).
- Freud, S. (1895/2006b). Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 03, pp. 75–88). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1912).
- Freud, S. (1896/2006) A etiologia da histeria. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago. Vol. III.

- Freud, S. (1900/2006). A Interpretação dos Sonhos. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. IV e V, pp. 39–735). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1900).
- Freud, S. (1905/2006). Um Caso de Histeria. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (v. 7, pp. 13–289). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909/2006). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. ("O homem dos ratos") In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (v. 10, pp. 135–275). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911/2006). O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. XII pp. 99–106). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1900).
- Freud, S. (1912/2006). A dinâmica da transferência. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 109–119). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1912).
- Freud, S. (1913/2006a). Sobre o início do tratamento. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 139–158). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1913).
- Freud, S. (1913/2006b). Sobre a psicanálise. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 223–229). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2006a). A história do movimento psicanalítico. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 15–73). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2006b). Recordar, repetir e elaborar. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 163–171). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1914).
- Freud, S. (1914/2006c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 83-108.
- Freud, S. (1915/2006a). O inconsciente. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 165–222). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/2006b) Observações Sobre o Amor Transferencial. In: *Obras Completas* Ed. Standard Brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006 p.175-189.
- Freud, S. Conferência XXVII – Transferência (1916/2006). In: S. Freud. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVI pp. 433-448). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917a/2006). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III). Conferência XVI- Psicanálise e Psiquiatria. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 251–263). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1917b/2006) Luto e melancolia. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 243–265). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1918/2006). História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"). In: S. Freud. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVII pp. 15-129). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1919/2006a). O estranho. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 17, pp. 235–273). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1919/2006b). Sobre o ensino de psicanálise nas universidades. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 17, pp. 187–189). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/2006) Além do princípio de prazer. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 18, pp. 11–76). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923/2006). O ego e o id. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Volume 19, pp. 25–80). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924/2006a). A dissolução do complexo de Édipo. Em edição *standard* das *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX. p. 193–199). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S.(1924/2006b) Neurose e Psicose. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. XIX pp. 163–172). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925/2006). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. Em Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XIX. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 277-286.
- Freud, S. (1930/2006). O mal-estar na civilização. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, p. 67-148.
- Freud, S. (1931/2006). Sexualidade feminina. Em Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 233-251.
- Freud, S. (1933/2006). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXI — A Dissecção da Personalidade Psíquica. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 22, pp. 63–84). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1937/2006a). Análise terminável e interminável. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 225-270). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1937/2006b) Construções em análise. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, (vol. XXIII pp. 275-287) Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1856-1939/1987). Neuroses de transferência: uma síntese (manuscrito recém-descoberto) /Sigmund Freud; organização, notas e ensaio complementar Ilse Grubrich-Simitis; posfácio à edição brasileira e tradução do alemão Abram Eksterman. — Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- Gauy, Fabiana Vieira & Fernandes, Luan Flávia Barufi. (2008). Um panorama do cenário brasileiro sobre atendimento psicológico em clínicas-escola. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 18(40), 401–4.
- Gerbase, Jairo. (2004). A metáfora do sujeito. In Sônia Campos Magalhães (Org.), *O sujeito da psicanálise: topologia do sujeito, sujeito e discurso, clínica do sujeito, sujeito e gozo* (pp. 147–54). Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico.
- Gori, R. (1998). *A prova pela fala*. São Paulo: Escuta Goiânia. GO: UCG.
- Guimarães, R. M. & Bento, V. E. S. (2008). O método do “estudo de caso” em psicanálise. *PSICO*, 39(1), 91–9, jan./mar.
- Herzberg, E. (1996). Reflexões sobre o processo de triagem de clientes a serem atendidos em clínicas-psicológica escola. In R. M. L. L. Carvalho (Org.), *Repensando a formação do psicólogo: Vol. 1. Da informação à formação* (pp. 147–54). Campinas: Alínea.
- Herzberg, Eliana, & Chammas, Débora. (2009). Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de psicologia. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 19(42), 107-114.
- Holmes, David S. (1997). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Trad. Sandra Costa. - 2. ed. - Porto Alegre: Artes Médicas
- Iribarry, I. N. (1999). Por uma ontologia da ética da psicanálise. Um exame da posição ética do psicanalista nos domínios da psicopatologia fundamental. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 12(123), 44–54.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu.
- Jorge, Marco Antonio Coutinho & Ferreira, Nadiá Paulo (2005). Lacan, o grande freudiano. — Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005 - Coleção Passo- a- Passo; 56.
- Jung, S. I., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Resultados da psicoterapia psicanalítica. *Rev Psiquiatr RS*, 29(2), 185–96.
- Kaplan, H.; Sadock, B., & Grebb, J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leite, Márcio Peter de Souza. (2001). Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacanianiana. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 4(2), 29–40.

- Levandowski, D. C. (1998). Caracterização da população atendida por clínicas-escola: breve revisão da literatura nacional. *Torre de Babel: Reflexões e Pesquisa em Psicologia*, 5 (1/2), 87–110.
- Lhullier, A. C. (2002). *Abandono de tratamento em psicoterapias realizadas numa clínica escola*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., & Horta, B. L. (2006). Preditores de Abandono de Psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento Psicológico em clínica-escola* (pp. 229–46). Campinas: Alínea.
- Lör, S. S. & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínica-escola: Integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínica-escola* (pp. 11–22) Campinas: Alínea.
- Magtaz, Ana Cecília & Berlinck, Manoel Tosta. (2012). O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 71–81.
- Marcos, Cristina Moreira. (2011). Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão. *Psicologia Clínica*, 23(2), 205–20.
- Martins, Francisco. (2005). *Psicopatologia I: prolegômenos*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.
- Martins, F. C. (2013). Ensaio acerca dos sintomas simbólicos: da cabrita desvalida ao senhor do mundo, e um pouco de todos nós. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Marturano, E. M. & Elias, L. C. S. (2006). O atendimento psicológico a crianças com dificuldades escolares. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínica-escola* (pp. 75–90). Campinas: Alínea.
- Melo-Silva, L. L., Santos, M. A., & Simon, C. P. (Org.). (2005). *Formação em psicologia: serviços escolas em debate*. São Paulo: Vetor.
- Meyer, S. B. (2006). Metodologia de pesquisa da psicoterapia em clínicas-escola. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínica-escola* (pp. 23–42). Campinas: Alínea.
- Minerbo, Marion. (2013). *Neurose e não neurose*. São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Moreira, Virginia. (2011). A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2), 172–84.

- Nasio, J.-D. (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nasio, J.-D. (1997). *Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise*. Tradução, Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nasio, Juan-David. (1999). *Como trabalha um psicanalista?* Tradução Lucy Magalhães; revisão técnica Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar.
- Oliveira, M. da S. (2006). Avaliação e acompanhamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas com medida protetiva. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínica-escola* (pp. 141–55) Campinas: Alínea.
- Paim, Isaias. (1993). *Curso de psicopatologia*. São Paulo: EPU.
- Paparelli, R. B., Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(11), 64–79.
- Pedromônico, M. R. M. (2006). O atendimento psicológico a crianças de risco e a formação em psicologia pediátrica. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínica-escola* (pp. 109–26) Campinas: Alínea.
- Pereira, Mario Eduardo Costa (2000). A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: Pacheco Filho, Raul Albino (Org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.119-152.
- Pereira, Mário Eduardo Costa (2001). “Kraepelin e a criação do conceito de ‘Demência precoce’”, in *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. IV;N.4;Dez.2001. P.126-129.
- Pereira, Mário Eduardo Costa. (1997). Sobre o manejo de fatores psicodinâmicos no transtorno do pânico. *Vitrô* (1), 118–23.
- Pereira, Mario Eduardo Costa. (1998). Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, I (1), pp. 60–76.
- Pereira, Nathalia Matos & Kessler, Carlos Henrique (2016). Reflexões acerca de um início: psicanálise e clínica na universidade. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 467-483, ago. 2016.
- Peres, S.R.; Santos, M.A. & Coelho, H.M.D. (2003). Atendimento psicológico a estudantes universitários: Considerações acerca de uma experiência em clínica-escola. *Estudos de Psicologia*, 20(3), 45-57.
- Pessotti, Isaias. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Ed. 34

- Peuker A. C.; Habigzang L. F.; Koller S. H & Araujo L. B (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, Maringa, v.14, n3, p.439-445, jul/set.
- Pinheiro, N. N.B. & Darriba, V. A. (2010). A clínica psicanalítica na universidade: reflexões a partir do trabalho de supervisão. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol.22, n.2, p.45 – 55.
- Queiroz, Edilene Freire de. (2002). O estatuto caso clínico/The question of clinical cases. *Pulsional rev. psicanalítica*; 15(157):33-40, maio.
- Quinet, A.(1991). *As 4+1 Condições da Análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan. Coleção Passo- a- Passo*. Direção: Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Ramos, Fernando A. da Cunha. (2010). Jean-Pierre Falret e a definição do método clínico em psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(2), 296-306.
- Rangé, B.R. et al. (2006). Tratamento em grupo de transtornos psiquiátricos na clínica-escola da divisão de psicologia aplicada do IP/UFRJ. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento Psicológico em clínica- escola* (pp.185-202) Campinas: SP: Editora Alínea.
- Rocha, M. M. da e Silveiras, E. F. M. (2006). Algumas novas formas alternativas de atendimento psicológico em clínicas-escolas: grupos recreativos. In Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Org.), *Atendimento Psicológico em clínica- escola* (pp.91-108) Campinas: SP: Editora Alínea.
- Rodrigues, A. C. T. (2005). Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (4), 754-768.
- Romaro, R.A. & Capitão, C.G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de Psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (1), 111-121.
- Romaro, R.A. & Oliveira P.E.C.L. (2008). Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 780-793.
- Rosa, M. D (1995). Considerações sobre a polêmica do diagnóstico na psicologia. *Psicologia Revista*. São Paulo, set. 1995.
- Rubiano, M.R.B. (2005). Apresentando a Sociedade Brasileira de Psicologia. In: L. L. Melo-Silva, M. A. Santos & C. P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços escolas em debate*. (pp.31- 54). São Paulo: Vetor
- Salinas, P. & Santos, M.A. (2002). Serviço de triagem em clínica-escola de Psicologia: A escuta analítica em contexto institucional. *Psychê*, 6 (9), 177-196.

- Santos, E.O.L. & Silves, E.F.M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: Um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 277-282.
- Santos, T. C. dos (2005). A psicopatologia psicanalítica de Freud a Lacan. Pulsional > revista de psicanálise, ano XVIII, n. 184, dezembro/2005.
- Sassi, R. & Maggi. A. (2007). Demandas de Psicologia escolar para uma clínica-escola. *Psico*, 38 (1), 35-44.
- Silva, Milena da Rosa, Gasparetto, Leticia, & Campezzatto, Paula von Mengden. (2015). Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: tangências e superposições. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 39-46.
- Silves, Edwiges Ferreira de Mattos. (1996) É satisfatório o Atendimento Psicológico nas Clínicas-Escola Brasileiras? Coletâneas da ANPEPP, p. 137 – 145.
- Simon, R. (1971) "O complexo tanatolítico" justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Boletim de Psiquiatria* 4 (4), pp. 113-115.
- Siqueira, Elizabete Regina Almeida de, & Queiroz, Edilene Freire de. (2014). O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 104-114.
- Souza, C. L. e Silves, E. F. de M. (2006). Grupos informativos sobre menopausa: trabalhando com grupos de mulheres na clínica-escola. In Edwiges Ferreira de Matos Silves (Org.), *Atendimento Psicológico em clínica- escola* (pp.203-228) Campinas: SP: Editora Alínea.
- Trinca, W (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: TRINCA, W. et al. *Diagnóstico psicológico. A prática clínica*. São Paulo: EPU, p. 14-24.
- Vaisberg, Tânia Maria José Aiello, & Machado, Maria Christina Lousada. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP*, 11(1), 29-48.
- Viganò, C. (1999) A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, v.13. Belo Horizonte: EBP-MG, p.50-59.
- Vorcaro, A. M. R.; Lucero, A. (2010) Entre Real, Simbólico e Imaginário: leituras do autismo. *Psicologia argumento* (PUCPR. Online), v. 28, p. 147-157.
- Yamamoto, K. (1997) Prevenção de distúrbios adaptativos em estudantes universitários. *Mudanças* 8, pp. 267-273

ANEXO 1 – MATERIAL DE ESTUDO: PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

Caso Bárbara, “a estrangeira” (Bárbara é um nome fictício que significa “estrangeira”, o termo significa o que não pertence ou que se considera como não pertencente a uma região, classe ou meio).

Relatório de triagem — 18/4/2013

Paciente de sexo feminino, nascida em 23/10/1956, idade de 57 anos, casada aposentada, com renda equivalente a dois salários mínimos. Atualmente mora somente com o esposo com o qual tem um relacionamento afetivo estável.

A paciente queixa-se de oscilação de humor, tristeza, angustia que às vezes está bem e no dia seguinte não tem vontade de ver ninguém. A paciente foi diagnosticada com depressão e faz uso de medicação há quatro anos (fluoxetina) já fez terapia por dois anos quando residia no Rio de Janeiro. A paciente participa de um trabalho missionário com famílias carentes, e a cada vez que se depara com famílias de usuários de drogas recobra a culpa que carrega consigo relacionado ao seu sobrinho de trinta e oito anos que o criou desde criança e hoje é usuário e já cumpriu pena entre outros. A paciente acha que tem grande parcela de culpa, pois deu tudo a ele muito fácil, sempre quis ter um filho homem, que em razão disso pode ter dado errado. A paciente definiu a infância como conturbada, filha de pais separados, passou a viver com parentes, começou a trabalhar muito cedo como babá para poder estudar.

A paciente tem uma filha adulta e casada que foi abusada pelo parceiro da mãe desde os três anos, isso também a fez sentir-se culpada durante algum tempo, pois a filha apresentou confusão na escolha de parceiros (homem ou mulher), e depois no casamento. Mas ambas depois de ter passado por um processo de psicoterapia melhoraram o relacionamento.

A paciente recobrou que a filha mesmo em situação financeira boa, cobra dela coisas como uma “carteira de motorista” “um carro” objetos que podem possuir com facilidade, porém requer da mãe visto que ela deu ao “primo” então as cobranças acontecem no mesmo tom. “Por que você deu tudo para ele acabar? Depois falou que quando ela faz isso ela se sente mais culpada”. Apesar de ter tido uma filha mulher soube ter pulso com ela e encaminhá-la na vida como deveria ser. Mas com o rapaz não.

Com relação ao tratamento, ela espera que possa ajustar o seu pensamento. Durante o atendimento manteve o olhar direcionado a estagiaria e gesticulou bem com as mãos.

1º atendimento - 25/04/2013

Hoje foi o primeiro atendimento da paciente, que apareceu mais calma, centrada em relação ao dia da triagem. Contou que se reconciliou com uma prima com quem havia desentendido por causa sobrinho que havia saído da casa de recuperação. Perguntei como foi à semana? Ela respondeu que foi produtiva e que está trabalhando com artesanatos para doações. Voltou repentinamente a falar do sobrinho, quem não sabia onde ele estava, mas que não queria saber, por que precisa entender que é uma escolha dele. Tudo que ele faz, pois ela mesma deu lhe oportunidades de ser uma pessoa melhor.

Pedi que ela falasse um pouco da filha e a definiu como “sargentona” que havia pouco tempo ido visitá-la na tentativa de ficar um período para fazer uma cirurgia de esterectomia, mas o que

ela percebeu é que o relacionamento conjugal da filha não ia bem, então voltou e fez aqui no Estado mesmo.

Quando sugeri que falasse da mãe ela relatou que após um AVC colocou a mãe em uma casa de abrigo, mas que jamais parou de dar assistência, que nas visitas ela perguntava pelos irmãos, mas que não lembrava quem era ela, e isso a deixava muito mal. Se perguntando por quê? Definiu a mãe como covarde, acomodada, que qualquer manifestação de carinho dela para com a mãe era “podada”. “Quando eu a abraçava falava assim. Para eu não gosto! Sai daqui menina! E sempre foi assim”.

A mãe passou quatro anos acamada e lá mesmo veio a falecer. Perguntei o que ela sentia ao falar da mãe, apenas disse que ela não podia dar o que não teve nunca gostou de toque de abraço, e que sua irmã é igual. Ela tem dois irmãos e um deles, a mãe colocou no orfanato para casar-se com o pai delas, pois ele era filho de outro relacionamento e que jamais ela foi busca – lo e também não era do seu conhecimento que ela o visitava.

Perguntei do seu pai se após a separação havia tido algum contato, ela disse que não, mas que por muito tempo viveu com o fantasma de que a qualquer momento ele poderia entrar no pronto socorro que ela trabalha como enfermeira, que qualquer homem negro que entrava para ela era terrível a sensação de reencontra - ló, que tinha pavor, nem imaginava qual seria sua reação.

Ela mencionou que em sua casa não gosta de nada estragado, que isso era reflexo da vida miserável que teve tudo era dado por alguém “pega isso aqui que não me serve, pega isso ali que não presta mais”. Ela falou que por isso trabalhou muito para que a filha nunca precisasse usar nada de outra pessoa como ela precisou.

Ressaltou em meio a tudo que a filha não gostava de se arrumar, e que isso ela cobrava dela, que o marido hoje cobra a mesma coisa, que muitas vezes ela saía de casa sem se arrumar para ir ao trabalho para provocá-la, que se arrumava no ambiente de trabalho.

A relação familiar que ela trouxe como “estável”. Parece ser a causa do seu sofrimento psíquico e parece estar instaurados nas suas relações interpessoais em forma de repetições. De acordo com os relatos do 1º atendimento a triagem está funcionando como entrevista. Já que o 1º contato estabelecido com a paciente foi estabelecido através da triagem. No qual, ela trouxe conteúdos aos quais remetiam a infância, problemas de relacionamento com a mãe, com o pai, com a filha e com o sobrinho.

2º atendimento-02/05/2013

Como de costume perguntei como havia sido a semana, a paciente respondeu que ótima, pois havia se reconciliado com uma prima, com quem havia se desentendido há alguns dias por causa do sobrinho que havia saído da casa de recuperação.

“Sem que eu perguntasse, ela falou que não sabia nenhuma notícia dele, e que não queria saber, pois estava tentando deixar esses assuntos de lado, entendendo que era uma escolha dele, se ele quer assim, o que fazer”.

Pedi que ela falasse livremente sobre as sensações que sente ao falar da mãe, pai, filha. Do laço de amizade. Perguntei se ela percebia que está sempre a sorrir, mesmo quando ela fala de algo doloroso. Olhando – me fez cara de espanto, perguntando é?

Então ela começou a falar apenas de amizades paralelas com outras pessoas, e no relato mencionou que, não tem hoje grandes amizades, que quando trabalhava no hospital acreditava ser querida, porém ao adoecer percebeu que não, pois o que o ocorria era que ela facilitava as coisas para os outros, então vivia cercada de pessoas. Que nunca recebeu uma ligação nesse

período e ficou muito mal. Que dessa época manteve apenas três amizades com quem ainda tem contato.

Perguntei se ela se sentia “jogada fora”? Respondeu que sim, que era ruim, mas que seu problema era trazer os problemas dos outros para si. Perguntei então o que ela estava fazendo por si, e rapidamente respondeu que nada, nunca mais me arrumei, não pinte o cabelo, unha etc.

Falou que no dia anterior, não quis fazer lanche para as crianças do projeto, que às vezes quer ficar sem fazer nada, que estava com visita e pouca vez tem um adulto para conversar, que estava a fim de sorrir e falar de outras coisas.

Falou em outro momento do relacionamento conjugal, que o marido era uma boa pessoa mais que não era muito de aconchego, e isso ela cobrava dele, por que ela tem direito a isso. Falou que ele sente um desprezo por parte da mãe, e que isso talvez dificulte um pouco esse carinho que ela busca. Que no início da relação o chamava de meu filho, mais pediu que não atendesse, pois ela queria era um homem, macho, com quem pudesse dividir tudo, e não um filho para “mandar”. Mencionou ainda que o marido nunca dissesse à mãe que a amava, e que ela está sempre falando para ele falar “eu te amo” para mãe.

3º atendimento - 09/05/2013

Como de costume perguntei como teria sido a semana, a mesma respondeu que muito boa, pois ao sair da clínica e durante a semana percebeu o quanto estava “jogada” e repensar sobre isso a fez buscar melhorias para elevar autoestima.

Contou-me sobre um jovem que apareceu em sua residência repentinamente, de 16 anos, com o mesmo perfil do sobrinho, motivo pelo qual surgiu a queixa que a trouxe para o processo terapêutico. Ao se deparar com o rapaz fez uma rápida associação com o passado, mas dessa vez não sofreu, conseguiu ser firme, pois hoje ela se sente amparada pelo esposo, já não está só.

Estava feliz, no final de semana estive em Palmas a passeio com marido e algumas amigas. Sentia-se um pouco mais leve em razão de perceber que em alguns momentos da vida ela se admira, por ter conseguido ser alguém, mesmo com todas as dificuldades.

Falou de uma nova pessoa, uma prima a quem chama de filha de coração, a quem ela se refere com carinho, pois a mesma a ajudou a superar de uma crise financeira e sair do Rio de Janeiro, e vir para Colinas – TO, no momento muito difícil, segundo ela no auge da depressão. Tinha muitas dívidas, e, além disso, sentia uma necessidade enorme de crianças. E na época a sua filha não tinha filhos.

Pedia que falasse um pouco mais sobre essa necessidade, e ela falou que senti viva quando cercada por eles, que a faz bem, que queria ser criança, pois ser adulto tem muitas responsabilidades.

Perguntei por que ela não havia engravidado outra vez? Outros filhos?

E ela falou do sonho de casar e constituir uma família certinha, mas que não foi assim, então teve uma única filha, mas sempre cercada pelos sobrinhos, a quem ela proporcionava tudo.

Depois não voltou a pensar sobre filhos e fez uma laqueadura aos 29 anos. Falou que tinha medo de engravidar, das dificuldades. A gravidez que teve da sua filha havia sido muito difícil, ela nasceu com baixo peso, e muitas vezes ela pensava que ela iria morrer. O pai de sua filha esteve uma vez no hospital, e disse que infelizmente não poderia assumi-las, pois quem ele tinha levado para o altar era outra pessoa. E isso a fez se sentir uma “vadia”. Falou que tinha medo também por que sua mãe sempre deixou claro que não a apoiaria em nada, que quem faz filho cria.

Ao falar da mãe, se conteve em dizer que ela era fracassada, e que não tinha nada para dar (afeto), sempre achei que ela não era minha mãe, jamais foi carinhosa. Então eu me casei com XXX e tive uma vida melhor financeiramente.

Perguntei sobre o abuso que a filha sofreu (12 anos de idade), e o que ela pode falar foi que teve medo de perguntar, e que nunca quis saber como foi, pois ela tinha uma vida sexual ativa, não acreditava que tinha acontecido. Que pediu perdão para a filha e chorou muito, mas nunca voltou a falar do assunto.

Ao findar a conversa percebi que ela ficou agitada que os conteúdos trazidos hoje foram dolorosos.

4º atendimento - 16/05/2013

A paciente não compareceu a este atendimento.

5º atendimento-23/05/2013

A paciente chegou bem animada, começou falando sobre a saída do rapaz que havia se instalado nas dependências da igreja, que apesar de ter sentido uma sensação de estar jogando um ser humano no “no lixo” não sofreu como das outras vezes. Entendeu que ela e o esposo ofereceram o que tinha de melhor, que cada um é responsável por si, por suas escolhas. Que está procurando se envolver menos em situações problemas, que tem repetido para si mesma, que não precisa sofrer para ajudar os outros e que não vai buscar mais os problemas.

Depois mudou de assunto e falou sobre o encontro de casais, no qual ela percebeu o quanto o marido a percebe, deixando à encantada, pois pela primeira vez ela se sentiu amada, querida. Que estava muito feliz. Durante a conversa ela falou da filha, que ela estava bem.

A paciente percebeu que durante a vida inteira dividiu o amor da filha com outras crianças, e que nunca esteve só com ela, mãe e filha. Percebeu que alguns pontos e semelhante à própria mãe em relação à hostilidade com a filha, embora isso não seja tão aceitável.

6º atendimento-06/06/2013

A paciente começou hoje falando que durante a semana repensou no passado com a filha, e ligou para ela, e lhe pediu desculpas por não ter dado a ela o amor que era só dela. De não ter percebido tantos sinais. Que compreendia hoje que naquela cabecinha havia também muito “nós”. Após a ligação sentiu-se aliviada e a filha do outro lado emocionada.

Ao mudar de assunto, falou que havia pensado muito em tudo que havíamos conversado, e que tenta trazer lembranças da mãe, mais não há muito que lembrar.

Falou que sonha com ela quase sempre e que já faz algum tempo, nos sonhos que ela está sempre arrumada, bem vestida, bonita, algumas vezes na companhia de umas tias, inclusive de uma que chamava XXXXXXXX, a que a paciente sempre tratou com carinho, que na velhice levava para passear, eram confidentes. Ela representou a mãe que eu sempre quis.

Por isso não se culpa por deixa - lá no asilo, por que lá ela seria bem cuidada e eu ia sempre visitá-la, embora ela não se lembrasse de mim.

Perguntei se as circunstâncias fossem outras se ela teria acolhido e cuidado da mãe. E ela disse que não queria a mãe, pois era um peso “e eu não teria o que dar para ela. E isso pararia a minha vida”.

A paciente não consegue expressar o que sente pela mãe.

Mas fez uma associação de que o fato de hoje fazer obras caridosa seja uma forma de compensação por tudo que ela não fez pela mãe.

7º atendimento -13/06/2013

A paciente estava bem começou a falar do seu sobrinho que é dependente químico, que havia ligado para a casa de repouso para saber como ele estava e se ele estava lá. Falou que no começo sentiu medo de ligar, de ouvir coisas ruins, mais enfrentou o medo e ligou, pois sente que em relação a ele, o sofrimento de culpa já não aparece.

Depois falou da filha, que estava em crise com o marido, que havia ligado chorando, e isso a angustiou. Perguntei por quê? E ela falou “quando a gente é mãe pensa que os filhos não crescem”. Mas o bem da verdade “é que a minha filha é um tanto exagerada”, no dia seguinte já estava bem. E eu havia ficado muito mal por não estar perto dela, mas fiz o que pude, conversamos e até cantei ao telefone para ela dormir.

Por fim falou que agora está tudo bem, que realmente tem percebido que melhorou muito em alguns aspectos, autoestima, relacionamento conjugal, a relação com a filha e principalmente parou de se “doar” para ser amada o tempo todo, que continua ajudando as pessoas, mas agora é diferente ela não sofre.

8º atendimento- 20/06/2013

A paciente não compareceu.