



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANDRÉA KIOKO SONODA GOMES

**EMOÇÕES VIVENCIADAS PELOS PSICOTERAPEUTAS-
APRENDIZES NOS SERVIÇOS-ESCOLAS:
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

Londrina
2019

ANDRÉA KIOKO SONODA GOMES

**EMOÇÕES VIVENCIADAS PELOS PSICOTERAPEUTAS-
APRENDIZES NOS SERVIÇOS-ESCOLAS:
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto
Tavares dos Reis

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Gomes, Andréa Kioko Sonoda.

Emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes nos serviços-escolas: uma leitura psicanalítica / Andréa Kioko Sonoda Gomes. - Londrina, 2019.
165 f.

Orientador: Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.
Inclui bibliografia.

1. Psicanálise - Tese. 2. Psicoterapeuta-aprendiz - Tese. 3. Serviço-escola - Tese. 4. Vivências emocionais - Tese. I. Reis, Maria Elizabeth Barreto Tavares dos. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

ANDRÉA KIOKO SONODA GOMES

**EMOÇÕES VIVENCIADAS PELOS PSICOTERAPEUTAS-
APRENDIZES NOS SERVIÇOS-ESCOLAS:
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto
Tavares dos Reis
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dra. Maíra Bonafé Sei
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Paulo José da Costa
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 26 de junho de 2019.

Dedico este trabalho à minha família.

*Ao meu marido **Lucas**, pelo imenso amor,
pela pessoa que você é e por compartilhar
esta existência ao meu lado.*

*Aos meus filhos **Eleonora** e **Caio**, joias
preciosíssimas da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade desta existência.

Ao meu marido Lucas e aos meus filhos Eleonora e Caio, por compartilharem comigo esta trajetória, pelo incentivo, amor, carinho e paciência nos momentos em que estive ausente. Vocês são meu porto seguro. Estar ao lado de vocês me enobrece a alma!

À minha orientadora Professora Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis, pelo intenso aprendizado nestes dois anos, por dividir suas experiências e pela delicadeza em seu ser. Sentirei saudades de todos os momentos vividos!

Ao professor Paulo José da Costa e à professora Maíra Bonafé Sei, por aceitarem participar da banca e por contribuírem com seus conhecimentos.

Aos queridos alunos que participaram desta pesquisa, por compartilharem os momentos de suas vidas. Sou imensamente grata à cada um de vocês!

Ao meu pai Natomi Sonoda e minha saudosa mãe Estella Dalva Sonoda (*in memorian*), pela oportunidade da vida, pela dedicação, amor e esforço em todos os momentos.

Às minhas irmãs, Márcia Cristina Sonoda e Iára Yaeko Sonoda (*in memorian*), por tudo o que vocês representam para mim, pelos laços fraternos e eternos de amor e amizade.

À minha querida sogra, Cleide Passianoto Gomes, minha segunda mãe, minha amiga para todas as horas e ao meu querido sogro, Vilarino Gomes, pelo carinho e pelos conselhos na vida.

Às minhas cunhadas, Ana Cláudia e Priscila, aos meus cunhados, Gilberto, Thiago e Gregório pela amizade, companheirismo e por fazerem me sentir tão acolhida na família de vocês.

Aos meus sobrinhos Ana Lara, Laís, Felipe e Samuel, pela felicidade que proporcionam na vida de nossas famílias.

À Cândida, minha analista e pessoa na qual tenho profunda admiração e respeito.

Aos docentes do Programa de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, pela persistência no sonho e por compartilharem seus conhecimentos enriquecedores.

Aos coordenadores das Instituições de Ensino Superior, aos docentes e demais funcionários das Instituições, pela abertura e oportunidade para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

À Fundação Araucária e à Capes, pela concessão da bolsa de estudos na trajetória final deste trabalho.

Aos meus grandes amigos de infância, Adriana, Heloísa e Laurence, pela existência da nossa amizade, não importa onde estejamos.

Às minhas amigas de faculdade, Patrícia e Lisiane, pela força, presença e incentivo sempre.

Às amigas Danielle, Ana Paula e Mírian, amigas tão queridas e recentes que descobri neste caminho.

E para todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

O outro, a chegada do outro é sempre incalculável

Jacques Derrida

GOMES, A.K.S. (2019). **Emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes nos serviços-escolas: uma leitura psicanalítica.** 2019. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2019

RESUMO

Os atendimentos clínicos psicoterapêuticos realizados nos serviços-escolas são permeados por uma série de experiências emocionais vivenciadas pela díade psicoterapeuta-aprendiz/paciente. Diante das diversas nuances da clínica psicanalítica, o psicoterapeuta-aprendiz vivencia experiências que refletem em sua subjetividade. Este estudo teve como objetivo investigar as vivências emocionais dos estudantes de graduação em psicologia durante os estágios em clínica psicanalítica, analisar as emoções percebidas em si mesmos pelos psicoterapeutas-aprendizes nos atendimentos em psicoterapia psicanalítica, assim como realizar um levantamento bibliográfico acerca das emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta-aprendiz. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, utilizando-se o referencial teórico psicanalítico. Participaram desta pesquisa vinte e sete estudantes de psicologia, que realizavam atendimentos nos serviços-escolas de quatro instituições de ensino superior. Foram realizadas entrevistas semidirigidas, os dados foram analisados pelos procedimentos da análise de conteúdo e discutidos por meio de pressupostos da psicanálise. Nos resultados observou-se a presença das vivências de ansiedade, medo, insegurança, nervosismo, presentes tanto no início dos atendimentos, como no decorrer do processo psicoterapêutico. A identificação com as vivências emocionais dos pacientes, as dúvidas referentes a percepção das próprias emoções, foram importantes aspectos encontrados neste estudo. Outro resultado observado foi que os participantes da pesquisa compreenderam a supervisão como um espaço de aprendizagem, acolhimento e partilha das vivências emocionais, assim como demonstraram questionamentos quanto ao futuro profissional. Tais resultados podem contribuir para a reflexão sobre a vivência desta experiência para o psicoterapeuta-aprendiz, a fim de melhor prepará-lo para os desafios da prática clínica psicanalítica.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicoterapeuta-Aprendiz. Serviço-Escola. Vivências Emocionais.

GOMES, A.K.S. (2019). **Emotions experienced by psychotherapists-apprentices in psychology teaching clinics: a psychoanalytic reading.** 165 pp. Dissertation (Masters in Psychology). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

ABSTRACT

The psychotherapeutic clinic services performed in the psychology teaching clinics are permeated by a series of emotional experiences lived by the psychotherapist-apprentice/patient dyad. In light of the various nuances of psychoanalytic practice, the psychotherapist-apprentice goes through experiences that reflect in his subjectivity, in which a series of emotions emerge. This study aimed to investigate the emotional experiences of undergraduate students in psychology during the psychoanalytic clinical stages, to analyze the emotions perceived in themselves by the psychotherapist-apprentice in the consultations in psychoanalytic psychotherapy, as well as to perform a bibliographical survey regarding the emotions experienced by the psychotherapist-apprentice. It is a clinical-qualitative study, using the psychoanalytic theoretical framework. Twenty-seven psychology students participated in this study, who attended the services of four higher education institutions. Semi-structured interviews were conducted, data were analyzed by content analysis procedures and discussed through the assumptions of psychoanalysis. In the results, it was observed the presence of anxiety, fear, insecurity and nervousness both at the beginning of the visits and during the course of the psychotherapeutic process. The identification with the emotional experiences of the patients, the doubts concerning the perception of the own emotions, were important aspects found in this study. Another result observed was that the participants of this study understood the supervision as a space of learning, reception and sharing of emotional experiences, as well as they demonstrated questions about their professional future. Such results may contribute to the reflection on this experience of this for the trainee psychotherapist in order to better prepare him for the challenges of psychoanalytic clinical practice.

Keywords: Psychoanalysis. Psychotherapist-apprentice. Psychology Teaching Clinic. Emotional Experiences.

LISTA DE TABELA

Tabela – Características dos participantes	96
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
LEPPSI	Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	DESENVOLVIMENTO	17
2.1	A formação acadêmica do psicoterapeuta na clínica psicanalítica	17
2.2	Transferência e Contratransferência na Clínica Psicanalítica	32
2.2.1	Freud	33
2.2.2	Sandor Ferenczi	38
2.2.3	Melanie Klein	41
2.2.4	Paula Heimann	44
2.2.5	Heinrich Racker	49
2.2.6	Donald Winnicott	59
2.3	Emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta-aprendiz	64
2.3.1	Pesquisa-intervenção	68
2.3.2	Pesquisas com estudo de caso clínico	70
2.3.3	Estudos teóricos e clínicos	72
2.3.4	Pesquisas qualitativas de caráter exploratório	76
2.3.5	Emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes durante as supervisões	78
3	OBJETIVOS	85
3.1	Objetivo geral	85
3.2	Objetivos específicos	85
4	MÉTODO	86
4.1	Ambientação e aculturação	88
4.2	Construção da amostra	90
4.3	Cuidados éticos	90
4.4	Coleta de dados	92
4.5	Análise dos dados	93
4.6	Validação	95

5	RESULTADOS	96
5.1	Características dos participantes	96
5.2	Categorias	97
5.2.1	Emoções vivenciadas durante os atendimentos clínicos	97
5.2.1.1	Ansiedade	97
5.2.1.2	Medo	99
5.2.1.3	Insegurança	100
5.2.1.4	Nervosismo	101
5.2.2	Identificação com as vivências emocionais do paciente	103
5.2.3	Percepção das próprias emoções	105
5.2.4	Supervisão e vivências emocionais	106
5.2.4.1	Aprendizagem	107
5.2.4.2	Acolhimento	107
5.2.4.3	Partilha de emoções vivenciadas	109
5.2.5	Questionamentos quanto ao futuro profissional	110
6	DISCUSSÃO	113
6.1	Emoções vivenciadas durante os atendimentos clínicos	115
6.1.1	Ansiedade	116
6.1.2	Medo	122
6.1.3	Insegurança	127
6.1.4	Nervosismo	129
6.2	Identificação com as vivências emocionais do paciente	132
6.3	Percepção das próprias emoções	140
6.4	Supervisão e vivências emocionais	142
6.5	Questionamentos quanto ao futuro profissional	145
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
8	REFERÊNCIAS	149
9	ANEXOS	161
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
	ANEXO B – Dados pessoais de identificação do entrevistado	164
	ANEXO C – Questões disparadoras da entrevista	165

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina, minha motivação inicial era investigar o sofrimento dos profissionais da área da saúde, diante de meu percurso profissional que se estendeu tanto na área clínica, como hospitalar. Retomando minha trajetória, desde a época da graduação, observo um certo sentido no interesse pelo tema, uma vez que já no terceiro ano de faculdade, recordo-me de ter “trancado” minha matrícula na faculdade, em um momento de minha vida no qual inquietações relacionadas a mim mesma, ao curso e tantas outras questões emergiram. Este tempo, necessário, trouxe-me um amadurecimento para dar continuidade aos meus questionamentos e assim concluí minha graduação na UEL, na virada dos anos 1999 a 2000.

Posteriormente em São Paulo dei continuidade aos meus estudos na área da psicologia hospitalar, através de especialização e aprimoramento. Assim, pude vivenciar uma experiência muito significativa, difícil e prazerosa, trabalhando com angústias e sofrimentos, em um contexto no qual a urgência e emergência dos sujeitos, diante da gama de emoções vivenciadas, tanto de pacientes, quanto das equipes de saúde, estavam à “flor” da pele. Lembro-me de um trabalho voluntário desenvolvido no pronto-socorro, um ambiente tão adverso, do qual poucos psicólogos queriam fazer parte e pouquíssimos docentes se dispunham a ser supervisores. A proposta de realizar um trabalho cujo foco era justamente ir na contramão da urgência e emergência, trabalhando com equipes de saúde, trouxe-me novas visões sobre as possibilidades de inserção do psicólogo e de escuta do sofrimento humano. Este período, de intenso crescimento pessoal, me fez entrar em contato com uma realidade única, proporcionando um aprendizado que foi além do puramente intelectual, sendo uma fase marcante em minha vida.

Ao retornar para Londrina, minha trajetória profissional se delineou nas áreas da saúde, clínica e educacional. Assim, durante um período, atuei como psicóloga terceirizada em uma empresa ligada à saúde, atendia pacientes na clínica e por um breve período fui docente em uma instituição de ensino superior. O prazer em participar do processo de formação dos alunos, ouvi-los em suas dúvidas e angústias ao compartilharem suas vivências emocionais, fez ressoar em mim outros questionamentos, relacionados também à formação dos graduandos, tema este, de grande interesse meu. Ao mesmo tempo observava nos alunos a difícil tarefa correspondente à inserção na clínica, os anseios, medos, mas sobretudo a vontade de aprender.

Assim, meu projeto inicial, que abarcava um estudo sobre o sofrimento dos profissionais da área da saúde, delineou-se para uma pesquisa específica acerca das emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes durante os atendimentos clínicos em serviços-escolas. Investigar, pois, como seria a vivência dos estagiários, qual o olhar deles sobre os sentimentos que emergem no encontro clínico e o que acontece no campo intersubjetivo, que pode ou não, ser traduzido em palavras, tornou-se uma experiência cujas repercussões delinearam várias indagações para mim, enquanto pesquisadora.

Refletir sobre as vivências emocionais daqueles que iniciam a prática clínica, no percurso da formação acadêmica, implica em uma tarefa árdua. Talvez porque percorrer este caminho, implique também na disponibilidade de se estar no encontro com o outro, não simbolizado apenas pela figura da pessoa que se está à frente, mas pela extensão dos múltiplos personagens que emergem nesta relação.

O diálogo que transcorre neste percurso não é sem consequências para o psicoterapeuta-aprendiz. Afinal, diferentes sensações e emoções invadem o seu mundo interno, em um momento em que inúmeras interrogações estão presentes. Assim, além de vivenciarem as fases finais da graduação, com todas as questões relativas ao futuro, a prática

clínica - tão desejada e sonhada - se traduz como um convite à descoberta do outro, no caso, o paciente.

O paciente parece ser, inicialmente, o personagem principal da clínica. Porém, na medida que a prática avança, o estudante constata que as intensidades das experiências emocionais, vivenciadas nos atendimentos clínicos, são de ambos e, neste caso, dificilmente é possível abster-se: ou se vivencia as dimensões das vicissitudes do inconsciente, ou se mantém à parte delas, até mesmo pelo impacto produzido.

Aguirre (2000) discorre sobre a peculiaridade deste encontro clínico, que o diferencia de quaisquer outros tipos de relações entre as pessoas, nos quais os sentimentos despertados fazem parte de uma complexa dinâmica psíquica, inerente à vivência dos atendimentos clínicos. Os impactos emocionais presentes nesta relação repercutem em todos aqueles que se fazem presentes e, ater-se à esta experiência emocional se constitui como uma possibilidade de, nos encontros e desencontros, estabelecer-se uma comunicação realmente genuína e transformadora.

Deste modo, o que se propõe neste estudo, não é fornecer respostas diante dos questionamentos advindos, mas sim ampliar as reflexões e até mesmo produzir mais investigações, em um contínuo processo de construção.

Para se compreender as vivências emocionais dos psicoterapeutas-aprendizes perante os atendimentos clínicos, com enfoque psicanalítico, esta pesquisa partiu de um referencial teórico composto por quatro temas principais. Deste modo, o primeiro refere-se à formação acadêmica do psicoterapeuta na clínica psicanalítica, onde são abordadas as especificidades do estágio nos cursos de graduação em psicologia, as diferenças entre a psicanálise clássica e a psicoterapia psicanalítica no contexto do serviço-escola, assim como as repercussões da experiência do atendimento clínico psicanalítico para o psicoterapeuta-aprendiz.

O segundo tema refere-se aos aspectos relativos a transferência e contratransferência na clínica psicanalítica, elementos estes que fazem parte do processo psicanalítico, objetivando abordar as relações psicoterapeuta-paciente do ponto de vista da psicanálise. Assim, o percurso desta temática delineou-se inicialmente pelos escritos de Freud, estendendo-se para autores que ampliaram seus estudos como Ferenczi, Klein, Heimann, Racker e Winnicott.

As emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta-aprendiz correspondem ao terceiro tema que apresenta a diferenciação entre os termos emoções e sentimentos, além de expor as publicações acerca das experiências emocionais, vivenciadas no contexto dos atendimentos clínicos individuais nos serviços-escolas. O termo vivências emocionais foi deliberado para ser utilizado neste presente estudo, por contemplar de forma ampla a constelação das experiências emocionais, caracterizadas pelas emoções e pelos sentimentos.

Por fim, o último tema a ser tratado refere-se às vivências emocionais dos psicoterapeutas-aprendizes nas supervisões, apresentando os diferentes delineamentos ressaltados nas pesquisas, relacionados à esta temática.

Após a elucidação do referencial teórico, os aspectos referentes aos objetivos são apresentados, assim como a exposição dos pressupostos teóricos que sustentam a escolha pelo método empregado no presente estudo, em continuidade os resultados, discussão e conclusões provenientes desta pesquisa. A investigação das vivências emocionais pelo psicoterapeuta-aprendiz contribuiu para refletir sobre as dificuldades encontradas pelos estagiários nos atendimentos clínicos, sobre o processo de formação, permitindo ainda, a partir do processo reflexivo de cada leitor, possibilitar outros desdobramentos de pensamentos, assim como novas construções e elaborações.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A FORMAÇÃO ACADÊMICA DO PSICOTERAPEUTA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

A regulamentação da Psicologia como profissão ocorreu em 1962 e os estágios obrigatórios supervisionados, realizados no final do curso, compunham uma etapa a ser realizada para a obtenção da formação plena em Psicologia (Amaral et al., 2012; Cury & Ferreira Neto, 2014; Rudá, Coutinho & Almeida Filho, 2015).

Em um estudo retrospectivo sobre a trajetória histórica da formação dos estágios curriculares em Psicologia no Brasil, desde o início da regulamentação da profissão até a formalização das Diretrizes Curriculares Nacionais, observa-se que inicialmente os estágios eram considerados um complemento dos conteúdos transmitidos em sala de aula, uma etapa de preparação para que postos de trabalho fossem ocupados (Cury & Ferreira Neto, 2014). Com o decorrer do tempo, esta lógica de formação, que vai da teoria para a prática e a formação de profissionais liberais, passa a ser questionada, modificando a concepção de atuação do psicólogo. Tal fato, em consonância com todo o movimento histórico, político e social advindos com os avanços referentes à área de Psicologia, implementou uma série de debates nos quais, muito além de uma titulação, era necessário incluir formação de qualidade (Rudá et al., 2015).

As dimensões que abarcam as diferentes áreas de atuação do psicólogo, caracterizadas inclusive pelas variadas orientações teórico-metodológicas, diferentes práticas e contextos de inserção, foram elementos norteadores para as reformulações referentes à formação do profissional de psicologia (Abdalla, Batista & Batista, 2008; Fernandes, Miyasaki & Silves,

2015), contrapondo-se a uma formação cujos saberes são considerados como produções definitivas e estabelecidas *a priori* (Cury & Ferreira Neto, 2014).

Deste modo, no que se refere especificamente ao exercício da prática clínica, algumas mudanças foram propostas, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, contemplando importantes conquistas como: o aumento na carga horária durante a graduação, sua implementação por todo currículo e não somente no último ano acadêmico, assim como ampliação de oferta das diversas concepções de Psicologia em disciplinas e estágios, em congruência com as novas demandas de atendimento psicológico (Abdalla et al., 2008; Cury & Ferreira Neto, 2014; Fernandes et al., 2015). Ajustando-se a estas reformulações o próprio termo clínica-escola foi modificado por outro, o serviço-escola, com a intenção de abarcar as várias intervenções do psicólogo não circunscritas à prática clínica (Amaral et al., 2012). Entretanto, respeitando a nomenclatura específica de cada referência, utilizada pelos diferentes autores da literatura pesquisada, ambos os termos serão empregados ao longo deste trabalho.

O estágio nas clínicas-escola de uma universidade se configura como oportunidade no qual os alunos de graduação colocam em prática os conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação acadêmica, objetivando sua capacitação enquanto profissional (Amaral et al., 2012; Carvalho et al., 2015). Tal aspecto está atualmente vinculado aos requisitos das Diretrizes Curriculares Nacionais que, reconhecendo a pluralidade do campo, estabeleceram propostas de mudanças na formação. A atuação da Psicologia por meio da interlocução entre ensino, pesquisa e formação dentro do contexto da realidade social brasileira, contribui e reafirma seu compromisso social, potencializando sua atuação nos processos interventivos (Pires & Silva, 2012; Rudá et al., 2015).

O interesse pela área da psicologia clínica como a principal escolha entre os estudantes de graduação é destacado por diversos autores (Conselho Federal de Psicologia, 2001; Dimenstein, 2000; Ferreira Neto, 2004; Magalhães, Stralio, Keller & Gomes, 2001; Meira & Nunes, 2005). Os motivos relacionados à esta escolha vão desde a possibilidade de conhecimento do ser humano (Magalhães et al., 2001), a forte valorização do psicólogo enquanto profissional liberal no ingresso da universidade (Dimenstein, 2000; Ferreira Neto, 2004), até uma concepção de psicologia voltada à clínica intensificada por um imaginário social (Ferreira Neto, 2004). Mesmo diante das questões emergentes, face aos desafios encontrados pelas novas demandas direcionadas ao psicólogo clínico, inserido em contextos distintos da clínica privada (Lima, Macedo & Cerveny, 2015), observa-se simultaneamente um movimento direcionado para uma retomada nas reflexões teórico-clínicas, convocando o psicólogo clínico a indagar-se sobre sua atuação (Tanis, 2014).

O exercício clínico é representado por uma prática que se inicia na universidade, momento no qual o estágio supervisionado nos serviços-escolas inaugura uma importante fase na vida do estudante de psicologia. Este compõe-se como pré-requisito para a obtenção do título de psicólogo, envolvendo cargas horárias mínimas destinadas às atividades práticas, que possibilitam ao discente vivenciar as dimensões teóricas e práticas para sua formação profissional (Pires & Silva, 2012; Silva, Coelho & Pontes, 2017).

Ao mesmo tempo que, segundo autores, esta vivência favorece a aquisição de habilidades, a integração de competências, promovendo o aprimoramento de conhecimento teórico e prático (Cury & Ferreira Neto, 2014; Fernandes et al., 2015; Santos Filho, 2007), é alvo também de questionamentos diante de uma prática descontextualizada com os conteúdos teóricos aprendidos anteriormente (Abdalla et al., 2008; Andrade et al., 2016; Barbosa, Laurenti & Silva, 2015). A supremacia de uma experiência extremamente valorizada em detrimento da teoria, isto é, um acentuado enaltecimento da técnica (Tanis, 2014), evidenciam

a fragilidade de uma formação ainda em construção como se ambas – teoria e prática/método – fossem consideradas de formas estanques, sucedâneas e sem entrelaçamentos (Cury & Ferreira Neto, 2014; Jacobsson, Lindgren & Hau, 2012).

Para alguns autores, diante da pluralidade da psicologia, os princípios norteadores referentes aos estágios curriculares devem integrar uma prática em diálogo constante com as diversidades teórico-metodológicas (Abdalla et al., 2008; Cury & Ferreira Neto, 2014; Dutra, 2004). As consequências deste enfoque na área clínica, de acordo com tais pesquisas, recaem para a reformulação e compreensão de uma práxis mais articulada com o social, o qual implica na perspectiva de pensar a subjetividade em uma dimensão histórico-social, pautada enquanto “dispositivo ético de subjetivação” (Ferreira Neto & Penna, 2006, p. 382).

O serviço-escola ou clínica-escola caracteriza-se como um espaço que oferece atendimento gratuito ou parcialmente gratuito para a comunidade, cuja finalidade estende-se tanto à esta, por meio da oferta de atendimento à população, quanto ao estagiário, como local de treinamento para complementação de sua formação acadêmica (Amaral et al., 2012; Carvalho et al., 2015; Fernandes et al., 2015). Além de oferecer psicoterapia individual, conduzida por um aluno em formação sob supervisão de um docente responsável, o serviço-escola viabiliza outras modalidades de atendimentos, como de grupos, casais, famílias, de acordo com os serviços prestados pelas instituições de ensino (Amaral et al., 2012; Sei & Colavin, 2016).

O serviço-escola viabiliza este espaço de atuação, no qual o estudante de psicologia se defronta com as etapas iniciais de seu desenvolvimento profissional. As repercussões desta experiência emocional irrompem em limitações pessoais, inerentes ao se deparar com algo da ordem do desconhecido, principalmente quando se trata da clínica psicanalítica, cujas

inquietações diante deste desconhecido - que é também interno – advém da ordem do inconsciente (Santos Filho, 2007).

Kern e Luz (2017), buscando refletir sobre o trabalho de estágio e a construção do futuro psicólogo, apontam as semelhanças e diferenças existentes entre a psicanálise clássica e a psicoterapia psicanalítica no contexto da clínica-escola, evidenciando que no ambiente acadêmico, tal como no consultório particular, os conceitos psicanalíticos também operam.

A psicoterapia fundamentada no referencial psicanalítico se constitui como uma das modalidades de enfoque nos serviços-escola, no qual o aluno tem a oportunidade de optar, ao iniciar sua prática nos atendimentos clínicos, sendo necessário, portanto, clarificar as diferenças existentes entre a psicoterapia psicanalítica e o tratamento psicanalítico clássico.

Baseando-se em uma revisão de literatura, cujo interesse foi delinear tais diferenças, Silva, Gasparetto e Campezatto (2015) enfatizam a complexidade de se chegar a um consenso sobre este tema, uma vez que os critérios de distinção entre ambas se modificaram de acordo com transformações próprias da cultura e do contexto psicanalítico. Deste modo, para as autoras, observa-se um certo descrédito relacionado à psicoterapia psicanalítica, no qual historicamente incluía modificações referentes às intervenções psicanalíticas divergindo-se da psicanálise clássica. Por outro lado, há convergências quanto às similaridades entre a psicoterapia psicanalítica e a psicanálise tradicional, na medida em que se fundamentam na teoria psicanalítica, entretanto há discrepâncias relacionadas a fatores extrínsecos, tais como a quantidade de sessões e os critérios de indicação (Silva et al., 2015; Wallerstein, 2005).

Grotstein (2017), ao abordar a diferença entre psicanálise e psicoterapia, ressalta que nos primórdios da prática psicanalítica os “fatores de diferenciação mais comumente mencionados são a frequência de sessões e a intensidade e clareza do envolvimento transferencial” (Grotstein, 2017, p. 43). Partindo de uma reflexão pessoal sobre o tema o autor

afirma dois posicionamentos: a possibilidade de um psicoterapeuta se posicionar como um analista diante do paciente, independentemente da frequência semanal de sessões ou do uso do divã, assim como a viabilidade do psicanalista ser também um psicoterapeuta durante a análise. Tal colocação advém da particularidade de um estudioso, cuja experiência clínica atesta para a possibilidade de uma formação que transcenda ao espaço dos institutos psicanalíticos, embora não os excluindo.

A diferenciação dos termos psicanálise e psicoterapia torna-se, portanto, pertinente, uma vez que no serviço-escola o que se oferece é o atendimento psicoterapêutico psicanalítico, cuja prática iniciada na universidade refletirá sobre a formação do futuro profissional de psicologia, podendo inclusive incidir sobre a busca de um maior aperfeiçoamento clínico. Sendo a universidade o principal *locus* de contato com os conteúdos psicanalíticos (Coutinho et al., 2013), é necessário refletir sobre a prática psicanalítica nos contextos institucionais.

Assim sendo, um crescente número de pesquisas reporta-se sobre os escritos freudianos, fundamentadas nas reflexões sobre as possibilidades de ensino e transmissão da psicanálise nas universidades (Coutinho, Mattos, Monteiro, Virgens & Almeida Filho, 2013; Darriba, 2011; Lustoza & Pinheiro, 2014; Macedo & Dockhorn, 2015; Marcos, 2011; Marcos, 2012; Pinheiro & Darriba, 2010; Pinheiro & Darriba, 2011; Pinheiro & Maia, 2015).

Refletindo sobre a conjuntura histórica e científica das quais a psicanálise emerge e, considerando toda a transgressão epistemológica derivada pelos pensamentos de Freud, Macedo e Dockhorn (2015) enfatizam que apesar das diferenças existentes na psicanálise no contexto da clínica e da universidade, é no estreitamento dela com a academia que a produção de conhecimento é estimulada, sobretudo pelas atividades de pesquisa. Para as autoras, embora as dificuldades inerentes à inserção da psicanálise nos meios científicos sejam

evidentes - pelo rompimento com o paradigma científico vigente - os impasses consequentes às descobertas freudianas ao mesmo tempo que distanciam a psicanálise do saber científico, inauguram uma epistemologia peculiar, cujo rigor metodológico e ético sustentam a presença da psicanálise nas universidades, transmutando conceitos e saberes em seu caráter interrogante e criativo.

Alinhando-se à proposta acadêmica, enquanto espaço integrador do saber psicanalítico neste contexto, Coutinho et al. (2013), partindo de uma revisão de literatura, apresentam o cenário histórico da expansão da psicanálise nas universidades brasileiras. Além das contribuições deste estudo acerca das primeiras produções científicas no Brasil, os autores advertem para a diferença entre ensino e transmissão, onde o ato de ensinar deve implicar intimamente o sujeito e seu desejo, pautando-se na transferência, contrariamente ao discurso totalizante da ciência. O termo transmissão, compreendido pela perspectiva lacaniana, consiste na relação do sujeito com o saber, conforme um posicionamento que lhe escapa (Darriba, 2011), refere-se a um desejo de saber cujo percurso varia de acordo com cada sujeito (Figueiredo, 2009), não circunscrita à ideia de transmissão, no sentido de disseminação de algo.

Assim sendo, cogitando as discussões relativas à presença incontestável da psicanálise na universidade outros estudos, partindo da teoria dos discursos de Jacques Lacan, irão debater os efeitos desta interlocução especificamente nas experiências dos estágios realizados nas clínicas-escola (Darriba, 2011; Lustoza & Pinheiro, 2014; Pinheiro & Darriba, 2010; Pinheiro & Darriba, 2011). Conduzindo-se particularmente pelos discursos universitário e analítico, os autores elucidam que o discurso universitário implica em considerar a pré-existência de um saber outorgado pela suposição de uma verdade - a da ciência - compreendida também pelo acúmulo de conhecimento indiscriminado, seu caráter quantitativo e homogeneizante, excluindo o próprio sujeito da ciência. Assim, diante da

prerrogativa de uma verdade total e absoluta, o estudante, inevitavelmente, encontrará em seu percurso uma sensação de impotência, visto que a possibilidade de se fazer ciência alicerçada na psicanálise, incluiria justamente o sujeito dividido, irreduzível a um saber, cuja dimensão da verdade é tida como causa e não como um meio.

A partir da elucidação destes termos, os autores apontam o descompasso inerente do estágio com enfoque psicanalítico, em um contexto voltado à uma lógica eminentemente formativa. Desta forma, sob o ponto de vista do processo de avaliação das universidades, Lustoza e Pinheiro (2014) expõem a ineficácia deste instrumento regido pela égide do discurso universitário, pois este pressupõe um modelo de resposta à uma demanda, seja sob a forma de uma nota atribuída ao desempenho, ao preenchimento de uma certa carga horária ou as solicitações feitas pelos estagiários de um *modus operandi* no direcionamento do tratamento, conseqüentes a um desamparo teórico e pessoal, elementos estes não condizentes aos fundamentos de uma prática psicanalítica.

Referendando o próprio texto de Freud (1919a/1969), intitulado *Deve a psicanálise ser ensinada na universidade?* é possível conjecturar um posicionamento favorável ao ensino psicanalítico, uma vez que a universidade se constitui enquanto espaço propício à produção e disseminação de conhecimento, podendo ser ampliado inclusive, segundo o autor, para outros campos de saber. A intransigência desta transmissão, além de ser assinalada por Freud em seu texto, é igualmente enfatizada por outros autores, ao discorrerem sobre a necessidade de cautela diante do ensino da psicanálise nas universidades, que pressuponha a acumulação de um saber estruturado em um currículo, por meio de uma mera aprendizagem de conceitos teóricos e metodológicos (Marcos, 2012; Romera & Alvarenga, 2010). Tal fato é sustentado pela própria ética da psicanálise, pela impossibilidade inerente da pressuposição de um saber, seja ele acumulado ou orientador de uma prática (Pinheiro & Darriba, 2010; Marcos 2012), patentemente referendado por Freud (1913/2017), em *Sobre o início do tratamento*, ao

contrapor-se a uma mecanização da técnica, diante da heterogeneidade dos fenômenos psíquicos.

Objetivando descrever a presença da psicanálise no contexto universitário brasileiro, assim como reafirmar sua importância na formação acadêmica, Prestes e Coutinho (2018), em recente estudo, investigaram a inserção – incontestável - da psicanálise nas universidades. A partir de uma análise bibliométrica, a qual implica em uma estratégia investigativa com o intuito de circunscrever, descrever e oferecer um panorama do tema em estudo, os resultados desta pesquisa revelaram aspectos que podem ser divididos em dois eixos. O primeiro refere-se à prevalência de publicações sobre o tema no eixo sul-sudeste, consolidando uma posição hegemônica tanto nas publicações sobre a temática psicanálise e universidade, quanto nas ofertas de programas de pós-graduação. O segundo eixo refere-se à primazia dos artigos relacionados aos seguintes temas: as experiências vividas pelos supervisores; à pesquisa psicanalítica no âmbito acadêmico, enquanto possibilidade de uma ruptura epistemo-paradigmática, contrapondo-se aos moldes do pensamento positivista e da ortodoxia dos institutos de formação; a pluralidade de intersecção da psicanálise aliada a outras áreas de conhecimento, além de demonstrar a incidência de trabalhos publicados em psicanálise no contexto das clínicas-escolas (Prestes & Coutinho, 2018).

Buscando refletir sobre a formação do estagiário e subvertendo a lógica de ensino hegemônica que vai da teoria para a prática, alguns autores debatem a possibilidade de inserção da psicanálise no contexto acadêmico de forma diversa das sociedades e institutos, defendendo a universidade como um espaço que inaugura de forma original e reflexiva uma abertura investigativa para o seu ensino (Santos Filho, 2007; Romera & Alvarenga, 2010). Assim sendo, partindo da reflexão metodológica que caracteriza a psicanálise, defendem seu ensino em contextos diversos e apresentam relatos de práticas, realizados por estagiários, nos quais as experiências subjetivas dos mesmos protagonizavam o processo de formação de

maneira significativa. Por outro lado, ressalta-se que a organização e a apresentação das disciplinas de psicanálise nas universidades pode ser proveitosa, possibilitando um ensino coerente, enriquecendo a aprendizagem (Pinheiro & Maia, 2015), da mesma forma que a instituição favorece suporte para os questionamentos procedentes da prática clínica (Mezzomo, 2008).

Na literatura internacional estas idiossincrasias são semelhantes (Cabaniss, 2011; Sarnat, 2012), nas quais as limitações dos diversos manuais de habilidades são questionadas, por distanciarem-se do ensino da “arte da psicoterapia psicanalítica” (Sarnat, 2012, p.152). Embora esta literatura tenha como base uma formação diversa da brasileira, com enfoque para o treinamento de habilidades e competências, observa-se que a psicanálise não se constitui como algo de uma ordem meramente técnica.

Cabe ressaltar que Freud em seu texto, *Caminhos da terapia psicanalítica*, já entrevia uma “psicoterapia para o povo”, em que os tratamentos seriam gratuitos (Freud, 1919b/2017, p. 202) e nos quais caberia aos seus seguidores e sucessores a tarefa de conciliar a técnica psicanalítica às novas conjunturas, evidenciando uma postura antidogmática relacionada à psicanálise. Deste modo, sua inserção no meio acadêmico tem possibilitado ampliações e avanços tanto em aspectos teóricos quanto metodológicos.

Refletindo sobre a formação sob outro ponto de vista - o do aprendiz - observa-se que a prática do atendimento clínico envolve elementos díspares, uma vez que a especificidade do objeto de estudo da psicanálise, o sujeito do inconsciente, confere uma formação não restrita ao campo da epistemologia envolvendo, igualmente, um posicionamento ético, conforme apontam diversos autores (Abdalla et al., 2008; Cury & Ferreira Neto, 2015; Silva et al., 2017). Deste modo, na prática, a vivência do atendimento representa a especificidade de um encontro clínico com o paciente da ordem do inconsciente e sua manifestação nesta relação

intersubjetiva, tão peculiar e sutil, permite a criação de um espaço no qual surgirão fenômenos inconscientes e conscientes da dupla analítica, a serem considerados e trabalhados no núcleo terapêutico (Santos Filho, 2007; Kernberg, 2011; Parth, Datz, Seidman & Löffler-Stastka, 2017).

Assim sendo, torna-se imperativo delimitar a diferença da formação dos analistas nas Instituições ou Sociedades Psicanalíticas, daquela postulada pelas universidades brasileiras. A primeira preconiza como elementos intrínsecos a análise pessoal, o estudo teórico e a supervisão da prática clínica por um psicanalista (Brandt, 2017; Kern & Luz, 2017; Silva et al., 2017), máxima notória pelo tripé psicanalítico.

Na estrutura de formação destes Institutos a análise didática tem uma frequência de quatro a cinco vezes por semana e nem sempre o candidato a analista já inicia sua formação atendendo um caso clínico, ocorrendo posteriormente em uma segunda fase, além da participação em seminários e discussões dos casos atendidos, avaliados por psicanalistas reconhecidos (Wegner, 2012). Considerando-se as diferenças existentes entre as várias sociedades psicanalíticas internacionais, no que se refere à formação de um psicanalista, torna-se pertinente evidenciar uma composição ímpar, na qual se delineia todo um percurso, até que um candidato a analista possa ser aceito como novo integrante.

Nas universidades brasileiras, tanto o estudo teórico quanto a prática clínica supervisionada correspondem a atividades curriculares que compõem a experiência do graduando que opta pela ênfase em clínica. Em contrapartida, no que se refere à análise pessoal, esta não pode ser exigida como pré-requisito, pela via da obrigatoriedade, para o estudante de psicologia (Darriba, 2011; Lustoza & Pinheiro, 2014; Pereira & Kessler, 2016; Pinheiro & Darriba, 2010; Pinheiro & Maia, 2015).

Deste modo, a importância da psicoterapia pessoal enquanto elemento significativo no processo de formação para o estagiário, é abordada em diversos estudos na área da psicologia (Barbosa et al., 2015; Kichler & Serralta, 2014; Meira & Nunes, 2005). Buscando investigar a prevalência da psicoterapia pessoal entre os discentes, assim como suas percepções sobre a importância da mesma no processo de formação acadêmica, Kichler e Serralta (2014) realizaram um estudo com estudantes do segundo e terceiro semestres, de uma universidade particular, que praticavam estágio profissional em psicologia. Os resultados desta pesquisa, transcorrida em duas etapas, a primeira quantitativa e a segunda qualitativa, permitiram concluir que a maioria dos estagiários consideravam a psicoterapia pessoal como elemento muito importante para a formação do psicólogo. Entre os que realizavam psicoterapia, os motivos elencados pela busca da mesma coincidiram com o início da atividade prática, assim como também pelo fato de cursarem psicologia, por julgarem importante vivenciar o lugar do paciente, bem como o *setting* terapêutico.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo diverso, realizado com vinte e um alunos, do nono e décimo semestres do curso de psicologia de uma universidade particular (Barbosa et al., 2015). Ao investigar a percepção destes estudantes também no início da prática clínica, a terapia pessoal é citada como elemento indispensável e facilitador para a aprendizagem, atuação e autocuidado, auxiliando no enfrentamento das angústias inerentes ao estágio.

Partindo de uma revisão de literatura sobre o estudante de psicologia e seu interesse pela psicologia clínica e pela psicoterapia, Meira e Nunes (2005) revelam que o corpo docente incentiva a inserção do aluno a um tratamento psicológico, como condição favorável à sua formação. As autoras discorrem que, sob o ponto de vista da psicanálise, as reflexões sobre a importância da análise pessoal estendem-se para outros parâmetros, uma vez que o autocuidado se constitui também como essencial para o percurso de formação do analista.

A relevância da análise pessoal e sua importância na prática clínica foi investigada por Bellows (2007), por meio de um estudo qualitativo realizado com vinte terapeutas, que tinham atuado por pelo menos cinco anos na prática psicoterapêutica psicanalítica e haviam concluído o atendimento mais recente com pacientes no momento em que foram chamados a participar da pesquisa. Os participantes do estudo incluíram profissionais da The Menninger Clinic em Topeka, Kansas; terapeutas afiliados ao Topeka Institute for Psychoanalysis e outros terapeutas licenciados (psiquiatras, psicólogos e trabalhadores sociais) na comunidade local.

Como resultados foi possível concluir em linhas gerais que entre os participantes, cuja terapia pessoal foi considerada importante na prática clínica, havia uma maior propensão deles em: considerar sua análise pessoal como elemento importante na promoção de uma mudança psicológica do paciente; valorizar o antigo terapeuta como um modelo profissional e pensar no antigo terapeuta em situações vivenciadas na clínica, ao se deparar com dificuldades no manejo clínico. Deste modo, o fato de terem passado por uma experiência satisfatória em suas próprias análises pessoais, associavam-se às formas como os psicoterapeutas abordavam os problemas entre eles e seus pacientes. Tal estudo apresenta como limitações o fato de focar predominantemente o ponto de vista dos psicoterapeutas que se beneficiaram de suas análises pessoais, incorrendo em um possível viés na interpretação dos resultados, conforme evidenciado pelos autores.

Ainda que a análise pessoal seja um fator determinante na formação do psicoterapeuta, a possibilidade de se sustentar um trabalho clínico no âmbito acadêmico pelo referencial psicanalítico, realizado por um aluno ainda em formação, torna-se objeto de múltiplas reflexões e indagações, uma vez que nem sempre o discente insere-se na clínica tendo passado por um processo de terapêutico (Brandt, 2017; Darriba, 2011; Lustoza & Pinheiro, 2014; Pereira & Kessler, 2016; Pinheiro & Darriba, 2010; Pinheiro & Darriba, 2011; Pinheiro &

Maia, 2015). Em tais estudos, a análise pessoal - embora não possa advir pela via da obrigatoriedade, como citado anteriormente - é considerada como elemento relevante, uma vez que os desafios e dificuldades vivenciados pelos estudantes de psicologia durante a prática do estágio revelam também questões e conflitos pessoais.

Tais dificuldades podem ser compreendidas como barreiras ou conflitos psíquicos próprios, de acordo com Freud (1912a/2017) em seu texto *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico*. Utilizando-se de seu próprio “inconsciente como instrumento durante a análise” (Freud, 1912a/2017, p. 99), ele ressalta a importância de que o praticante à psicanálise tenha passado por um processo de análise, posto que seus próprios complexos ou pontos cegos poderiam prejudicar a escuta do inconsciente do analisando.

Porém, cabe ressaltar que inicialmente o criador da psicanálise partiu da ideia de uma autoanálise, compreendida como a observação de seus próprios sonhos, atos falhos, lapsos e sintomas, sendo justificada pela ausência de um analista que o analisasse. Ao possibilitar, principalmente por meio da interpretação dos sonhos, a incontestável convicção sobre a existência do inconsciente, a autoanálise proporcionava também familiaridade e vivência com as formações inconscientes. À medida que a psicanálise passa a ser aceita e praticada, o ponto de vista freudiano acerca da função da autoanálise amplia-se, tornando-se um instrumento de trabalho com o objetivo de combater os obstáculos ao tratamento, como pode ser observado em seu texto *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, no qual Freud ressalta que “cada psicanalista consegue ir apenas até onde permitem seus próprios complexos e resistências internas, e por isso exigimos que ele dê início à sua atividade com uma autoanálise e a aprofunde continuamente enquanto amplia sua experiência com os doentes” (Freud, 1910/2013, p. 293)

Embora a ideia de autoanálise tenha sido citada ao longo da construção teórica de Freud, será em seu artigo *Deve a psicanálise ser ensinada na universidade?* (Freud, 1919a/1969) que a análise pessoal, juntamente com a supervisão clínica e o ensino, assumirá papel de destaque enquanto atributo para a formação do analista, sob a normatização do tripé psicanalítico.

Tal importância continua a ser destacada por Freud em *A questão da análise leiga* (Freud, 1926/2017), ao afirmar a necessidade de que o analista se submeta preliminarmente à sua análise antes de efetuar-la em outra pessoa. Em outras palavras isto implica em afirmar que o traquejo na escuta do inconsciente alheio advém da experiência com o próprio inconsciente, assim como a especificidade da personalidade do analista influencia na compreensão e vicissitudes do tratamento analítico, como citado por Freud em *A análise finita e a infinita* (1937/2017), ao fazer alusão a Ferenczi.

A retomada aos textos freudianos referentes à análise pessoal favorece as reflexões acerca da formação acadêmica do psicoterapeuta na clínica psicanalítica. Embora o psicoterapeuta-aprendiz se beneficie pelo estudo teórico e pela supervisão no âmbito acadêmico (Kern & Luz, 2017), o momento da prática inaugura uma experiência que vai além de uma aprendizagem intelectual, formal, racional ou cognitiva, cujas repercussões revelam desdobramentos que se estendem para as experiências dos estudantes de formas singulares (Pereira & Kessler, 2016; Pinheiro & Maia, 2015).

Tal vivência, intrinsecamente intersubjetiva, é permeada por conteúdos que mesmo pertencentes ao universo das palavras, incluem imagens, sensações e emoções que se manifestam na relação transferencial e contratransferencial, podendo ser elaboradas no espaço da supervisão, assim como no processo de análise pessoal (Brandt, 2017; Germano, 2010; Kern & Luz, 2017).

Partindo do pressuposto de que a formação do psicoterapeuta com enfoque psicanalítico corresponde a refletir sobre os fenômenos transferenciais e contratransferenciais, que são elementos essenciais na clínica psicanalítica, torna-se pertinente compreender tais fenômenos do ponto de vista do psicoterapeuta-aprendiz na clínica, a fim de refletir sobre as emoções vivenciadas em uma prática que, inerentemente, repercute no discente de formas por vezes desconhecidas, peculiares ao encontro com o inconsciente.

2.2 TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

A experiência do encontro psicanalítico convoca, àqueles que dela participam, um percurso por caminhos nos quais o protagonismo do inconsciente se constitui como elemento determinante. As sutilezas deste encontro, conjecturadas inicialmente por Freud, sob um foco intrapsíquico, adquirem novos contornos a partir da ampliação teórico-metodológica, articulada à importância dos aspectos relacionais ou vinculares presentes no *setting* (França, 2015; Palhares, 2008; Zaslavsky & Santos, 2005). Compreender, portanto, a relação psicoterapeuta-paciente no exercício da clínica, implica em discorrer sobre alguns conceitos fundamentais, limitados neste presente estudo, sob o enfoque das relações transferenciais e contratransferenciais, circunscritos às vicissitudes da clínica psicanalítica.

Assim sendo, o percurso referente a este tema se deslocará inicialmente sobre os escritos de Freud, estendendo-se para autores que ampliaram seus estudos como Ferenczi, Klein, Heimann, Racker e Winnicott. A apresentação das contribuições destes autores não seguirá uma ordem cronológica de publicações, uma vez que, a partir de Freud, os demais foram contemporâneos. A partir deste trajeto será possível examinar as dimensões que integram o encontro psicanalítico, em suas diferentes nuances e desdobramentos, uma vez que

os fenômenos transferenciais e contratransferenciais apresentam grande relevância clínica, sendo todo o processo psicoterapêutico permeado por estes. Discorrer, portanto, sobre este tema, sob a ótica do psicoterapeuta-aprendiz, torna-se necessário, a fim de se refletir sobre a prática da psicanálise no contexto dos serviços-escolas, em um cenário que nos convoca continuamente a rediscutir, reconsiderar e reelaborar a práxis psicanalítica sem, contudo, encerrar um debate.

2.2.1 FREUD

Antes de sua formulação, enquanto constructo teórico propriamente dito, o fenômeno da transferência, considerado “o pilar do tratamento psicanalítico” (Etchegoyen, 1986/2004, p. 59), é apresentado pela primeira vez por Freud nos *Estudos Sobre Histeria* (1895/2016).

Ainda que a presença deste termo se encontre, em algumas passagens, desprovida de um caráter teórico ou técnico, será no último capítulo que o fenômeno da transferência é problematizado por Freud, ao discorrer acerca das dificuldades derivadas do procedimento terapêutico nos casos de histeria (Rabêlo & Dias, 2013).

Deste modo, ao falar sobre as circunstâncias em que o método de associação livre fracassa, em *Estudos sobre a histeria*, Freud (1895/2016) cita três casos principais na relação entre médico e paciente que se constituem como resistências à análise. A primeira refere-se a um alheamento pessoal, quando a paciente, por ter escutado algo desfavorável em relação ao médico, ou por se sentir menosprezada, negligenciada ou ofendida deixa de colaborar com o tratamento. A segunda resistência é proveniente de um temor da paciente de se habituar ao médico, em uma relação na qual a paciente tem o receio de perder sua autonomia ou de ficar sexualmente submetida ao médico. E a terceira resistência refere-se a falsa conexão, denominada por Freud (1895/2016) como transferência, cuja explicação consiste em:

Quando a paciente se espanta por transferir para a pessoa do médico as ideias penosas que emergem no conteúdo da análise. Isso é frequente e mesmo uma ocorrência regular em algumas análises. A transferência para o médico se dá por falsa conexão. (p. 424)

Nesta primeira descrição clínica, a transferência é vista enquanto um obstáculo, uma forma de resistência típica, no qual havia uma transferência de afetos para a pessoa do analista, prejudicando o percurso da análise, cabendo ao analista interpretá-la ao paciente (Freud, 1895/2016).

A partir de *Fragmento da análise de um caso de histeria* o termo transferência é definido como um conceito, no qual Freud (1905/1974) apresenta a seguinte definição:

São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir a pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual na pessoa do médico. (grifo do autor, p.72)

Observa-se um sentido diverso atribuído à transferência, antes considerada como elemento obstrutivo ao processo psicoterapêutico, convertendo-se “em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente” (Freud, 1905/1974, p. 73).

Em seu texto intitulado *Sobre a dinâmica da transferência*, Freud (1912b/2017) empreende uma sistematização acerca da transferência, considerando os aspectos tópico e econômico, apresentando ainda a distinção existente entre a transferência positiva e negativa. Nas palavras do autor, o primeiro termo refere-se aos “sentimentos simpáticos ou carinhosos,

capazes de chegar à consciência, e naquela que segue pela via inconsciente” (Freud, 1912b/2017, p. 115) e, a transferência negativa, diz respeito aos sentimentos hostis, sendo ambas consideradas formas de resistência ao trabalho analítico.

No entanto, Freud (1914/2017) em *Lembrar, repetir e perlaborar* amplia o conceito de transferência, ao relacioná-la com a resistência e a repetição, dedicando-se a compreender o complexo mecanismo imbricado nas resistências. A técnica analítica consistiria então na revelação gradual das resistências, no qual Freud faz um alerta aos iniciantes na análise que “tendem a tomar essa introdução como já sendo todo o trabalho” (Freud, 1914/2017, p. 161).

Prosseguindo em suas advertências aos iniciantes, Freud (1915/2017) relata que muito além das dificuldades existentes acerca da interpretação do recalcado, outra, mais importante, se expressa: o manejo da transferência. Ressalta que o enamoramento de um paciente pela figura do médico deve ser manejado por este, como uma ferramenta, a serviço do trabalho analítico. Será neste trabalho que Freud faz alusão ao termo contratransferência, alertando sobre sua importância e controle para o médico, postulando que o manejo técnico do tratamento “precisa ser executado em abstinência” (Freud, 1915/2017, p. 172).

De acordo com Kupermann (2008), neste momento do percurso freudiano, o manejo da transferência torna-se um grande desafio, e, ao esbarrar em situações que demandavam um manejo específico, Freud alerta sobre os riscos das intensidades afetivas, nos quais o controle, a abstinência e a neutralidade são apresentados como formas do analista se proteger contra as intensidades afetivas, desencadeadas pela relação transferencial.

As formulações acerca da transferência até 1920 orientam-se na compreensão de sua relação com a “repetição das lembranças e pulsões reprimidas” (Zimmerman, 1999, p. 332). De acordo com Kupermann (2008), é neste período que Freud formula sua extensa teoria sob os fundamentos de uma prática, que tem como balizas “a regra fundamental da associação livre,

o princípio da abstinência regulando e controlando o campo transferencial e a interpretação como instrumento privilegiado” (Kuperman, 2008, p.80).

Em *Além do princípio de prazer* (Freud, 1920/1996), o conceito de transferência modifica-se, decorrente do surgimento do conceito de pulsão de morte, o qual situa a repetição em outro parâmetro, não mais ligada à resistência. Observando o sonho traumático, as brincadeiras infantis e a transferência, Freud percebe a repetição de situações desprazerosas, determinada pela dor e sofrimento, nas quais a pulsão tende ao retorno a um estado anterior, afirmando estar a transferência motivada pela compulsão à repetição.

Autores constataam que as formulações teóricas freudianas a partir dos anos 1920 constituíram-se como um marco na psicanálise, pelas formulações acerca da pulsão de morte e da segunda tópica (Etchegoyen, 1986/2004; Kupermann, 2008; Zimmerman, 1999).

De acordo com Kupermann (2008) a partir daí a prática psicanalítica será reconhecida por Freud como:

Uma arte interpretativa, em frente ao fenômeno da compulsão à repetição, passaria a privilegiar, lado a lado com a interpretação, os afetos vividos na relação transferencial. A experiência analítica ficaria, assim, menos referida ao seu registro inteligível, e mais atenta ao campo do sensível e do que nele se pode produzir como sentido. (p. 80)

Para Zimmerman (1999), cabe à Freud o mérito de formular um outro conceito também essencial na clínica psicanalítica, o qual versa sobre as vivências emocionais do psicoterapeuta. Este, nomeado por Freud sob o termo de contratransferência, passa a adquirir uma posição na terapêutica psicanalítica, principalmente entre seus seguidores, estando

estritamente vinculado com a transferência (Kupermann, 2008; Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013).

Ainda que este termo não tenha se sobressaído ao longo de suas obras, Freud em *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*, ao discorrer sobre as inovações na técnica referentes ao analista, cita a contratransferência como um fenômeno, “que surge no médico quando o paciente influencia os seus sentimentos inconscientes” (Freud, 1910/2013, p. 293), advertindo quanto à necessidade deste em reconhecê-la e dominá-la dentro de si.

O seu domínio, de acordo com Freud (1910/2013), consistiria na concepção de autoanálise do psicanalista, de modo que a análise pessoal torna-se instituída a partir da década de 1920, objetivando que o candidato a psicanalista tivesse a experiência com os efeitos de seu inconsciente, podendo lidar com seus pontos cegos, controlando assim, sua contratransferência (Kupermann, 2008; Zambelli et al., 2013). De acordo com Etchegoyen (1986/2004), somente dois anos depois, Freud passa a referir a necessidade de uma análise de treinamento, a ser conduzida por um analista mais experiente, traduzida como a análise didática.

Alguns autores atribuem às teorizações referentes a contratransferência uma mudança paradigmática na teoria e técnica psicanalítica pois, sob seu alicerce, a psicanálise passa a se constituir como uma teoria do vínculo, da intersubjetividade (Palhares, 2008; Zalavsky & Santos, 2005, Zimmermann, 1999). Assim sendo, torna-se pertinente apresentar algumas ideias de autores que, tal como Freud, em muito contribuíram em direção à ampliação teórica e metodológica da psicanálise.

Zimmerman (1999) aborda três períodos distintos na psicanálise: psicanálise ortodoxa, a psicanálise clássica e a psicanálise contemporânea. De acordo com o autor, a psicanálise ortodoxa é atribuída a Freud e alguns de seus seguidores, cujo enfoque analítico baseava-se na

investigação dos processos psíquicos e aspectos reprimidos do inconsciente, com técnicas rígidas. A psicanálise clássica se caracteriza por uma abertura nos postulados freudianos, com a valorização do desenvolvimento emocional primitivo, ampliação do espectro de categorias clínicas, incluindo os pacientes psicóticos, menor rigidez nas regras técnicas, interpretações das relações objetais, assim como valorização da contratransferência. Em relação a este grupo, serão apresentadas as ideias de Ferenczi, Melanie Klein, Paula Heimann e Racker. Já a psicanálise contemporânea, baseia-se na valorização dos vínculos emocionais e relacionais da dupla analítica, a relação primitiva mãe-bebê, assim como na influência da pessoa real do analista, verificando-se um menor rigor na diferenciação entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. A este atributo, Winnicott, corresponde como o principal expoente.

Abordar que as modificações relativas à relação transferencial, a partir dos clássicos e contemporâneos a Freud, envolvem reformulações e transformações, que não se restringem apenas a este constructo teórico. Porém, focalizando a díade analista-analisando ou psicoterapeuta-paciente, os aportes destes autores lançam novos olhares e manejos distintos daqueles postulados por Freud.

2.2.2 SANDOR FERENCZI

Sandor Ferenczi é um dos autores clássicos, cujas contribuições abrangeram diferentes articulações acerca do fenômeno transferencial. O conceito de transferência na obra ferencziana é elaborado a partir da concepção de introjeção, enquanto “estatuto de um modelo formador de funcionamento” (Landa, 1999, p. 31). De acordo com Ferenczi, toda relação humana se sustenta pois na transferência, cuja emergência na especificidade da análise revela uma intensidade de afetos (Landa, 1999).

Ferenczi (1928/1992) apresenta modificações relativas a noção de contratransferência, formuladas até então por Freud. Por meio dos atendimentos de pacientes que apresentavam casos clínicos graves e, valendo-se da abertura de Freud quanto as possíveis modificações referentes à técnica analítica, pela perspectiva de novos métodos de trabalho, ele traz uma importante inovação ao discorrer sobre a elasticidade da técnica psicanalítica, não se furtando a creditar a Freud sua autoria.

O atributo de sentir com, intimamente relacionado com o conluio intersubjetivo e empático, presentes na experiência de análise, se consubstancia como uma nova postura diante da relação com os pacientes e com os impasses clínicos (Coelho Júnior & Ernesto, 2004).

A explicação de Ferenczi (1928/1992) acerca do sentir com refere-se a:

Adquiri a convicção que se trata, antes de tudo, de uma questão de tato psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação dever ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada e desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações, e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. Como se vê, com a palavra “tato” somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. O tato é a faculdade de “sentir com”. (p. 27, grifo do autor)

A elasticidade da técnica, para Ferenczi, redimensiona a posição do analista, na qual ele participa na experiência de analisar, atuando como uma tira elástica, cedendo às manifestações inconscientes do paciente, de modo a promover um relaxamento para que “o

encontro com a experiência inconsciente possa ocorrer” sem, contudo, prescindir em suas opiniões (Moreira, 2018, p. 90).

Ao reconsiderar a postura do analista na relação analítica, Ferenczi faz alusão à benevolência, isto é, um dos “aspectos da compreensão que o analista oferece ao paciente e, portanto, a forma mais adequada para usar a contratransferência” (Ferenczi, 1928/1992, p. 28), sendo possível observar o seu uso enquanto um instrumento clínico.

Porém, diante da ambivalência dos afetos vivenciados pela dupla na relação transferencial, a análise do próprio analista constitui-se como imprescindível, para se evitar os possíveis riscos, abusos ou falsas interpretações, como revela Ferenczi (1928/1992):

A única base confiável para uma boa técnica analítica é a análise terminada do analista. É evidente que num analista bem analisado, os processos de sentir com e de avaliação, exigidos por mim, não se desenrolarão no inconsciente, mas no nível pré-consciente. (p. 36)

Ao compreender a relação analítica como um espaço de acolhimento, por meio do compartilhamento afetivo, sem interpretações excessivas, nos quais a postura do analista - menos neutra e abstinente - porém sensível para sentir e suportar as projeções do inconsciente dos pacientes, Ferenczi inaugura, indiscutivelmente, a perspectiva intersubjetiva na relação psicanalítica, cujas repercussões ressoaram naqueles que lhe sucederam (Coelho Júnior & Ernesto, 2004; Kupermann, 2008; Zambelli et al., 2013).

2.2.3 MELANIE KLEIN

Em continuidade às reformulações freudianas, Melanie Klein, analisanda e discípula de Ferenczi, é mais uma autora clássica, que muito corroborou para a ampliação do termo transferência, a partir de sua formação e pioneirismo na análise infantil, embora seu posicionamento acerca da contratransferência como obstáculo fosse análogo ao freudiano (Grotstein, 2017; Zimmermann, 1999).

Para discorrer sobre a noção de Klein acerca da relação transferencial, é necessário compreender no que consistia a clínica kleiniana. Melanie Klein (1952/1991) parte de um amplo estudo relativo à vida emocional do bebê, considerando que as ansiedades provenientes de fontes internas e externas são vivenciadas pelo bebê desde o início da vida pós-natal. A partir da experiência do nascimento, o bebê vivencia a primeira fonte externa de ansiedade que, sendo o padrão para os momentos de ansiedades posteriores, influenciará as relações subsequentes do bebê com o mundo externo.

A exposição do bebê a privações, às experiências de gratificações e frustrações, derivadas de fatores externos, aliados aos processos endopsíquicos, contribuem para a dupla relação com o primeiro objeto (Klein, 1952/1991). Esta particularidade de relações objetais é compreendida por Klein (1952/1991) do seguinte modo:

O bebê projeta seus impulsos de amor e os atribui ao seio gratificador (bom), assim como projeta seus impulsos destrutivos para o exterior e os atribui ao seio frustrador (mau). Simultaneamente, pela introjeção, um seio bom e um seio mau são estabelecidos dentro dele. Dessa forma a imagem do objeto, externo e internalizado, é distorcida na mente do bebê por suas fantasias, que estão intimamente ligadas à projeção de seus impulsos sobre o objeto. O seio bom –

externo e interno – torna-se o protótipo de todos os objetos gratificadores e que ajudam; o seio mau, o protótipo de todos os objetos persecutórios, externos e internos. (p. 88)

A este particular tipo de relações objetais, Klein a denomina como posição esquizoparanoide, caracterizado por ansiedades persecutórias relacionadas com objetos parciais internos e externos, sendo o estágio posterior a este denominado como posição depressiva, caracterizado por ansiedades depressivas relativas aos objetos perdidos (Groststein, 2017). De acordo com Segal (1982), o bebê começa a reconhecer a mãe como um objeto total, vivenciando a ambivalência de sentimentos de amor e ódio pela mãe, provocando transformações no conteúdo de suas ansiedades. Assim, se na posição esquizoparanoide o bebê temia ser destruído pelos objetos perseguidores, na posição depressiva ele receia que sua própria agressão possa destruir o objeto que tanto ama e odeia. Deste modo, sentimentos de culpa e medo da perda emergem, como tentativa de negar a importância da relação do bebê com o seu objeto (Segal, 1982).

Com base nestas explicações, torna-se possível compreender a formulação de Klein sobre o conceito de identificação projetiva definido, segundo Ribeiro (2016), como um recurso defensivo diante das angústias esquizoparanoide, isto é, “uma forma específica de identificação que tem um caráter de expulsão violenta de partes do self para dentro do objeto, enfraquecendo o ego, gerando confusão e indiscriminação entre sujeito e objeto” (Ribeiro, 2016, p. 15).

A partir desta breve introdução da clínica kleiniana, sobre os estágios do desenvolvimento infantil, é possível discorrer sobre como estes conceitos se aproximam de suas ideias formuladas acerca da relação transferencial.

Partindo de sua compreensão das relações objetais primordiais, Klein sustenta que a transferência se origina nos mesmos processos que determinam as relações objetais internalizadas nos primórdios do desenvolvimento, “opera ao longo de toda a vida e influencia todas as relações humanas” (Klein, 1952/1991, p. 71). Klein ainda ressalta a ênfase na compreensão da transferência em termos de situações totais, caracterizadas pelo que é transferido “do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações de objeto” (Klein, 1952/1991, p. 78).

Do ponto de vista do tratamento psicanalítico e compreendendo a transferência inserida nesta totalidade, Klein (1952/1991) relata que o paciente inclui na relação terapêutica os objetos internalizados do passado, nos quais os conflitos e as ansiedades são reativados e direcionados para a figura do psicanalista, em um campo de interação contínuo, dinâmico e ininterrupto.

Esta nova leitura do mundo psíquico, a partir de Klein, é vista como um marco por alguns autores (Etchegoyen, 1986/2004; Pires, 2015; Zalavsky & Santos, Zimerman, 1999), visto que a transferência passou a ser vista como um fator intrínseco à análise, no qual a relação analítica passa a ser vista de maneira relacional, em uma perspectiva intersubjetiva, na totalidade da vida psíquica consciente e inconsciente de ambos os participantes de tal relação.

No que se refere à contratransferência, Klein, assim como Freud, considerava a contratransferência como sendo um obstáculo à análise (Grosskurth, 1992; Zimerman, 1999). Ainda que Klein consentisse em sua importância, ela acreditava que ao se defrontar com os sentimentos relacionados ao paciente, era necessário ao analista “uma auto-análise esclarecedora” (Grosskurth, 1992, p. 404).

De acordo com Etchegoyen (1986/2004), as objeções de Melanie Klein quanto à divulgação dos aspectos ligados à contratransferência, estariam relacionadas aos seguintes

motivos: à tentativa de preservar a imagem do analista; à divergência conceitual entre Klein e sua discípula Paula Heimann, que, posteriormente, viria a publicar um artigo sobre o tema, ocasionado a ruptura na relação entre ambas, ou a um ciúme sentido por Klein diante da independência de Heimann.

À parte destas divergências, e embora se verifique uma carência das contribuições de Klein sobre os fenômenos contratransferenciais, atribui-se a alguns de seus seguidores, como Segal, Racker, Bion, Money-Kyrle, entre outros, a ampliação do termo identificação projetiva, que posteriormente serviu de “base para o uso positivo da contratransferência” (Joseph, 1987, p. 153). De modo ímpar, Klein deixa como importante legado suas descobertas clínicas e teóricas, consideradas fundamentais e inovadoras na história da psicanálise.

2.2.4 PAULA HEIMANN

Paula Heimann, médica e psicanalista polonesa, fez parte do grupo kleiniano e teve uma relação estreita com Melanie Klein, sendo sua discípula e analisanda. O artigo publicado por Heimann, intitulado, *Sobre a contratransferência*, considerado um marco e uma das principais contribuições conferidas à ela, é também destacado como um dos motivos determinantes ao seu rompimento com Melanie Klein (Etchegoyen, 1986/2004; Grosskurth, 1992).

No artigo intitulado, *Dynamics of transference interpretations*, Heimann (1956), assim como Freud e Klein, atesta a importância da transferência, no qual o paciente re-experencia os antigos conflitos infantis na relação analítica. Considerando a unanimidade existente entre os analistas de que a transferência se constitui como o campo de batalha (Heimann, 1956) onde

os conflitos emocionais do paciente emergem, a autora chama a atenção à fantasia inconsciente presente na relação transferencial. Tal fantasia, além de incluir as particularidades das ideias, memórias de eventos passados do paciente, seus medos e desejos transferidos para a figura do analista, engloba, sobretudo, a experiência bidirecional vivenciada entre aquele e analisando (Heimann, 1956).

Sob este ponto de vista, as interpretações das fantasias inconscientes - presentes tanto na transferência positiva quanto na negativa - que se manifestam na relação analítica, permitem a vivência de uma nova configuração emocional (Heimann, 1956). Deste modo, o papel do analista na relação transferencial é de suma importância, visto que o paciente percebe e reage emocionalmente à própria personalidade do analista, a qual se constitui como elemento integrante da situação analítica e dos conflitos do paciente.

Ainda neste estudo, é possível observar que Heimann (1956) faz alguns apontamentos referentes aos cuidados do analista no trabalho analítico, relacionados à distinção dos papéis atribuídos ao analista e paciente, a importância do papel de ego suplementar conferido ao analista, assim como a necessidade do analista em analisar sua contratransferência, extraíndo a partir dela, pistas para os processos psíquicos do paciente. A autora enfatiza a importância da interpretação da dinâmica da transferência, enquanto ferramenta da técnica analítica, ao mesmo tempo que revela as dificuldades relativas à percepção do que ocorre na relação transferencial. Tais dificuldades, sentidas como estados de confusão pelo analista e, próprias de um ego que não funciona com perfeição, integram a realidade da situação imediata vivenciada entre analista e analisando e, como tais, precisam ser integradas na situação de transferência imediata possível, conforme citado anteriormente, pela análise da contratransferência do analista.

Neste trabalho Heimann (1956), já expõe uma interlocução entre os fenômenos transferenciais e contratransferenciais, embora sua ênfase recaia sobre a importância da interpretação da dinâmica da transferência. É pertinente, portanto, apresentar suas ideias acerca da contratransferência, o qual integra uma de suas maiores contribuições sobre esta temática.

A partir de sua experiência como supervisora de analistas em formação, Heimann, observou o quanto os analistas consideravam a contratransferência como um problema ou dificuldade, tornando-se algo a ser superado e evitado. Ao mesmo tempo, verificou que os mesmos se sentiam culpados e receosos diante dos sentimentos que emergiam na relação com seus pacientes, assumindo uma postura de distanciamento ou frieza emocional (Ramos & Ramos, 2016; Timo, 2012; Zambelli et al., 2013).

Partindo, portanto, de outra perspectiva, Heimann irá designar a contratransferência como “a totalidade dos sentimentos que o analista vivencia em relação ao seu paciente” (Heimann, 1950, p. 172) e seu atributo como importante instrumento para o trabalho psicanalítico é enfatizado, como segue em seu relato: “Minha tese é que a resposta emocional do analista a seu paciente dentro da situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes para seu trabalho. A contratransferência é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente” (Heimann, 1950, p. 172).

A ênfase atribuída a Heimann (1950) na importância do caráter relacional presente na situação analítica, desvia o foco de um trabalho voltado preponderantemente no paciente, estendendo-se para a mutualidade de uma relação, nos quais os sentimentos do analisando e do analista estão presentes, como ilustra o trecho abaixo:

O que distingue esta relação de outras não é a presença de sentimentos em um dos participantes, o paciente, e sua ausência em outro, o analista, mas sim, sobretudo, o

grau dos sentimentos que se experimentam e o uso que se faz deles, dependendo estes fatores um do outro. (p. 172)

Partindo da premissa de que “o inconsciente do analista entende o de seu paciente” Heimann (1950, p. 173) ressalta que certas emoções violentas, como de amor, ódio e ira, impulsionam o analista para uma resposta emocional, que se aproxima a uma atuação, dificultando seu raciocínio. Neste caso, segundo a autora, as emoções sentidas pelo analista se aproximariam do núcleo das questões do analisando, cabendo ao analista subordiná-las à tarefa analítica.

Porém, a tarefa de diferenciar os sentimentos que emergem nesta relação não é algo fácil. Neste ínterim, de acordo com a autora, a análise pessoal do analista se constitui como um elemento essencial, na diferenciação dos conteúdos originados daquilo que é do paciente ou daqueles que fazem parte dos seus próprios complexos internos (Heimann, 1950).

Em artigo posterior intitulado, *Problems of the training analysis*, Heimann (1954) discorre sobre as diferenças existentes entre a análise de treinamento e a análise terapêutica, e complementa suas observações acerca da contratransferência, focalizando os perigos existentes na relação do analista em treinamento, quando este distancia-se da técnica psicanalítica, na tentativa de modificá-la. Reportando-se à genialidade de Freud em converter as dificuldades provenientes do tratamento analítico em instrumentos, Heimann considera que as elaborações freudianas, acerca da complexa interação emocional que permeia a relação analítica, compreendida na relação transferencial com o analista, promoveu mudanças cruciais referentes à situação analítica, clarificando o caminho para se olhar as dificuldades do analista, baseando-se na sua contratransferência e na sua própria análise.

Considerando algumas dificuldades, não exclusivas somente para o contexto da análise de treinamento, Heimann (1954) discorre sobre alguns aspectos presentes na análise,

que podem dificultar a compreensão do analista, uma vez que “os próprios conflitos do analista perturbam sua contratransferência, fazendo com que pare de funcionar como órgão sensitivo programado para receber as comunicações do inconsciente do paciente” (Heimann, 1954, p. 166, tradução nossa).

Observa-se ainda neste trabalho que a autora adverte quanto às dificuldades emergentes pelo analista em treinamento vivenciadas, tanto na relação transferencial e contratransferencial com o paciente, quanto na relação com o supervisor. Assim, cabe ao candidato analisar sua contratransferência, a fim de que a análise e o treinamento prossigam, assim como a autora reforça novamente a importância do reconhecimento da contratransferência, utilizada como valioso instrumento para o trabalho analítico (Heimann, 1954).

A partir do artigo inaugural de Heimann, o conceito de contratransferência, postergado durante tantos anos na psicanálise, assume seu papel de destaque, ainda que existam divergências “quanto à sua conceituação e utilização, ou não, na prática analítica” (Zimmerman, 1999, p. 348). No entanto, a abertura para estas reflexões, introduz interrogações pertinentes ao desenvolvimento da psicanálise, conquanto o caráter inerente de revolta ou negação que qualquer nova ideia possa fazer emergir.

Tais reações, provocadas pelo advento de ideias que promovem rupturas com determinado paradigma científico, são essenciais para o próprio progresso da ciência (Setubal, 2016). Assim como Heimann, outros autores deram continuidade à ampliação teórico-metodológica da psicanálise, provocando igualmente tensões, rupturas, mas sobretudo avanços.

No mesmo período em que Winnicott desenvolvia seu constructo teórico ressaltando a importância da contratransferência no manejo clínico, as figuras de Heinrich Racker e Paula

Heimann emergem, respectivamente, no contexto psicanalítico argentino e europeu como importantes expoentes, ao abordarem a contratransferência sobretudo como um “problema teórico, isto é, questionando sua presença na análise e seu significado” (Etchegoyen, 1986/2004, p. 159). Embora situados geograficamente em países distintos, ambos apresentaram suas ideias quase simultaneamente, desconhecendo as produções de um e outro (Bernardi, 2009; Etchegoyen, 1986/2004). No entanto, atribui-se à Racker uma sistematização mais completa acerca da contratransferência, articulando-a à uma “teoria coerente e ampla” (Etchegoyen, 1986/2004, p. 159).

2.2.5 HEINRICH RACKER

Racker, analista argentino de origem polonesa, destacou-se no cenário psicanalítico apresentando suas contribuições preocupado, sobretudo, com o distanciamento entre o conhecimento teórico e técnico psicanalíticos (Racker, 1953/1982). Deste modo, suas principais colaborações partem, principalmente, de seus estudos sobre a contratransferência, abordando paralelamente o tema da transferência, na dinâmica do processo analítico.

A apresentação das contribuições de Racker será circunscrita a partir da data da publicação dos seus escritos, embora seus trabalhos tenham sido expostos na Associação Psicanalítica Argentina em anos anteriores.

No que se refere à transferência, Racker retoma os postulados freudianos acerca do tema, considerando que inicialmente Freud a relacionava com a resistência e posteriormente também com a repetição do resistido, do rejeitado (Racker, 1958/1982). No mesmo estudo, Racker (1958/1982) apresenta os posicionamentos adotados em diferentes escolas da psicanálise e chama a atenção para as distintas técnicas empregadas para a análise do

fenômeno. Entretanto considera que, apesar das divergências teóricas, pode se considerar que: “A transferência é a resistência e é o resistido, ou seja, o paciente repete defesas infantis (que são as “resistências de transferência”) para não tornar consciente situações infantis de angústia e dor que está por reviver na transferência” (Racker, 1953/1982, p. 49, grifo do autor).

Em continuidade a este pensamento o aporte de Racker (1958/1982) emerge ao inserir o tema da transferência intimamente relacionada à contratransferência. Assim, o autor revela o seguinte:

A realidade constante da transferência é respondida pela realidade constante da contratransferência e vice-versa. A transferência leva a uma conduta real ante o analista e seu trabalho, o qual – pelos significados que têm para ele sua própria pessoa, seu trabalho e os sentimentos e atos do paciente para com ele – responde com sentimentos, angústias, defesas e desejos igualmente reais. (p. 56)

De acordo com Racker (1958/1982), a compreensão sob esta perspectiva aponta para algumas analogias e correspondências, apresentadas, resumidamente do seguinte modo: à transferência positiva corresponderia uma contratransferência positiva; à uma transferência negativa, corresponderia também uma contratransferência negativa e à uma neurose de transferência existiria, igualmente, uma neurose de contratransferência. Para o autor, a evolução na compressão da transferência está ligada à abertura e ao desenvolvimento dos conhecimentos relativos à contratransferência, e suas ilustrações clínicas, apresentadas ao longo de sua obra *Estudos sobre a técnica psicanalítica* (1982), demonstram sua preocupação constante em considerar os elementos transferenciais e contratransferenciais presentes nas dificuldades técnicas durante a análise.

Racker (1957/1982) faz um parêntese, questionando o fato de a contratransferência ser um tema pouco abordado na literatura psicanalítica, nos 40 anos que sucederam à sua descoberta por Freud. Chamando a atenção acerca da importância do tema, a qual levou inclusive à criação da análise didática, o autor aponta interrogações sobre os motivos que teriam levado o tema ao ostracismo. A resposta a estes questionamentos parte de uma suposição do autor, sustentada pelo posicionamento dos analistas diante de suas próprias contratransferências, o que representariam rejeições dos próprios conflitos infantis, assim como deficiências da análise didática e “problemas contratransferenciais insuficientemente resolvidos no analista didata”, (Racker, 1957/1982, p. 123), os quais justificariam a escassez científica sobre o tema.

Considerando o entrelaçamento dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, Racker aborda o tema da contratransferência em dois capítulos de seu estudo: *A neurose de contratransferência* (1953/1982) e *Os significados e usos da contratransferência* (1957/1982). No primeiro estudo o autor enfatiza que o significado atribuído à contratransferência, assim como sua importância das dificuldades correspondentes, depende do significado concedido à função do analista no processo psicanalítico (Racker, 1953/1982).

Deste modo, ele considera uma função dupla do analista neste processo: ao mesmo tempo que é intérprete dos fenômenos inconscientes, é também objeto deste fato. Similarmente, esta função corresponderia à dupla função da contratransferência. Assim, a contratransferência tanto pode auxiliar na percepção dos aspectos inconscientes do paciente, quanto pode dificultar sua compreensão, pois o analista pode reagir contratransferencialmente, enquanto objeto dos impulsos do paciente. Assim, suas reações interferem em sua conduta e sobre a transferência do paciente, visto que o analista não está liberto de sua neurose. Isto diferenciaria a contratransferência, da neurose de contratransferência, na qual: “O conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do analista,

para com o paciente, enquanto determinados pelo passado, é chamado contratransferência, e sua expressão patológica poderia ser denominada *neurose de contratransferência*” (Racker, 1953/1982, p. 101, grifo do autor).

Diante, portanto, da presença e manifestação implacável da contratransferência e, a despeito da dificuldade na percepção de suas manifestações, Racker (1953/1982) alude à importância do analista em adotar um posicionamento duplo, como parte do repertório relativo às funções técnicas, como descrito a seguir:

Por um lado, o analista deve abrir-se em sua sensibilidade e em sua intuição psicológica ante o material do paciente; identificando-se com ele, deve fazer de seu consciente um “corpo de ressonância” para o inconsciente daquele. Por outro lado, tem que fazer uso de seu intelecto, que concebe conscientemente o que sentiu o inconsciente, liga-o e o separa, analisa e sintetiza, diferencia o essencial do secundário. (p. 102-103, grifo do autor).

Este posicionamento, que implica na oscilação entre uma “posição receptiva intuitiva e de discriminação intelectual” (Racker, 1953/1982, p. 103) protegeria o analista e paciente da neurose de contratransferência (Timo, 2013).

Prosseguindo em *A neurose de contratransferência*, Racker (1953/1982) apresenta os conceitos de contratransferência direta e indireta, os quais serão apresentados para fins didáticos separadamente. Para o autor, a diferenciação entre ambas se relaciona aos distintos objetos que são mobilizados no analista, de modo que “na situação transferencial estes objetos introjetados podem transferir-se ao paciente, de duas formas: primeiro, ao paciente como indivíduo e, segundo, ao paciente como fator importante dentro de outras relações de objeto do analista” (Racker, 1953/1982, p. 109). Deste modo, no que se refere à contratransferência direta, Racker apresenta a seguinte definição:

Consideramos agora, as situações em que o conflito básico é vivido em forma direta pelo paciente. Este converte-se, neste caso, de modo imediato em tela para as imagens dos objetos introjetados e do próprio sujeito (as “ego-imagos” do analista) e se converte no objeto das tendências dirigidas a estas imagens. (p. 113, grifo do autor)

Estando presente em praticamente todas as situações transferenciais, os impasses advindos na contratransferência direta durante o tratamento analítico prejudicam a capacidade de percepção do analista, uma vez que o mesmo reage contratransferencialmente às resistências presentes, capturado por sua própria neurose (Racker, 1953/1982). Outro tipo de contratransferência, a indireta, refere-se, nas palavras do autor, à: “Transferência de objetos introjetados, seja à sociedade como “totalidade”, pela qual queremos “ser aceitos”, mediante a atuação profissional, científica, etc., ou a um grupo social, como grupo analítico, ou a qualquer indivíduo (um analista, um familiar, um amigo, etc.)” (Racker, 1953/1982, p. 109, grifo do autor).

Neste caso, a contratransferência indireta relaciona-se às perturbações que emergem a partir de pessoas de fora do *setting* analítico” (Mencarelli, 2010) e, embora não se refira à pessoa do analisando (Etchegoyen, 1986/2004; Racker, 1953/1982), os objetos introjetados são transferidos indiretamente ao paciente, acionando uma série de defesas no analista (Racker, 1953/1982). De modo geral, Racker postula que, independentemente do tipo de contratransferência, seja ela direta ou indireta, ambas interferem na compreensão, interpretação e conduta do analista (Racker, 1957/1982).

Na tentativa de ir além de um saber puramente teórico, Racker apresenta, portanto, em *A neurose de contratransferência* suas investigações sobre os perigos da contratransferência para a função do analista, advertindo ademais, acerca da importância da análise do próprio

analista. Ainda que tanto a neurose, quanto a análise sejam intermináveis, o autor advoga a importância “da consciência de nossa relativa inconsciência, quanto aos próprios processos neuróticos de contratransferência” (Racker, 1953/1982, p. 118).

Outro importante estudo de Racker sobre a contratransferência intitulado, *Os significados e usos da contratransferência*, merece atenção especial, pela sua particularidade de dirigir-se aos fenômenos contratransferenciais enquanto instrumento técnico, isto é, ressaltando sua importância como ferramenta para a compreensão dos processos psicológicos e transferenciais do paciente (Racker, 1957/1982; Timo, 2013). Neste caso a contratransferência seria um norteador da prática do analista, o qual dependeria da intensidade de compreensão dos próprios fenômenos contratransferenciais, ou seja, “de seu contato consciente consigo mesmo” (Racker, 1957/1982, p 124), auxiliando inclusive no manejo clínico.

Racker (1957/1982) ressalta que a tendência normalmente predominante do analista em compreender o que se passa com o paciente, cria uma predisposição em identificar-se com o enfermo. Acrescenta então duas classes de identificações: a identificação concordante ou homóloga e a identificação complementar. A identificação concordante refere-se a situações nas quais o analista identifica partes de sua personalidade com as do paciente, isto é, “seu id com o id, seu ego com o ego, seu superego com o superego do paciente” (Racker, 1957/1982, p. 126), incluindo também a disposição à empatia, que se origina “principalmente na contratransferência positiva sublimada” (Racker, 1957/1982, p. 127), sendo esta imprescindível para o trabalho do analista. A identificação complementar refere-se à situação no qual o ego do analista identifica-se com os objetos internos do paciente, vivenciando-os como seus. Diante da estreita conexão entre ambas, a inclusão de um conceito amplo, que abarque as duas classes de identificações é ressaltada pelo autor, considerando os dois aspectos como integrantes da contratransferência total.

Advertindo quanto aos perigos e usos da contratransferência, Racker (1957/1982) demonstra ao longo deste estudo algumas situações, nas quais as identificações do analista com os objetos do paciente são consideradas, visto que a cada situação transferencial produz uma contratransferencial. Assim, tais situações contratransferenciais, orientadas por “leis do inconsciente geral e individual”, embora possam ser reprimidas e bloqueadas, são inerentes ao trabalho terapêutico e não devem ser evitadas, pois a compreensão destas leis auxiliará o analista a não “fundir-se na contratransferência” (Racker, 1957/1982, p. 129). Para o autor, considerando a totalidade das situações contratransferenciais, ampliam-se as possibilidades de percepção da transferência do paciente, quebrando o círculo vicioso da neurose, tanto do paciente, quanto do analista.

Referindo-se à fenomenologia da contratransferência e, discorrendo sobre sua dinâmica no trabalho analítico, Racker (1957/1982) a divide em duas classes, denominadas posições contratransferenciais e ocorrências contratransferenciais. A distinção entre as classes fundamenta-se na implicação do ego nas vivências, isto é, na intensidade emocional pelo qual o analista vivencia a experiência contratransferencial, dependente esta de sua própria neurose, suas angústias primitivas e conflitos internos não resolvidos. Deste modo, quando na experiência contratransferencial o analista a vivencia com maior intensidade, como uma realidade, existindo o perigo dele fundir-se nesta vivência, trata-se da posição contratransferencial.

Por outro lado, a ocorrência contratransferencial refere-se à disposição do analista para “responder com a *percepção* de suas reações contra certas situações” (Racker, 1957/1982, p. 134, grifo do autor), como se houvesse um enlace dos inconscientes, do analista e do paciente - considerado como uma simbiose psicológica. Assim, o analista utiliza suas sensações contratransferenciais para “adivinhar o reprimido ou rejeitado pelo paciente” (Racker, 1957/1982, p. 134).

A complexidade da relação interpessoal no trabalho analítico deve ser compreendida, segundo o autor, no complexo imbricamento entre fenômenos contratransferenciais e fenômenos transferenciais (Racker, 1957/1982). Limitando-se a apresentar alguns aspectos parciais dos resultados de suas observações, Racker ilustra situações contratransferenciais, nos quais aspectos como, a presença de angústia, agressão, sentimentos de culpa e sonolência podem “facilitar, na prática, a dedução das situações transferenciais” (Racker, 1957/1982, p. 147). Estas situações serão abordadas a seguir, separadamente, por se tratarem de temas pertinentes ao presente estudo.

A angústia contratransferencial pode ser de caráter paranoide ou depressivo. Na angústia contratransferencial paranoide Racker (1957/1982) aponta a necessidade de se considerar e diferenciar a contratransferência direta e indireta. Na angústia contratransferencial paranoide direta as angústias sentidas pelo analista emergem diante do perigo das intensidades de agressão do próprio paciente. Na situação transferencial correspondente, o paciente defende-se e reage contra certas imagens agressivas, por recriminação, ou desprezo, ataques físicos ou abandono. O analista por sua vez, reagindo contratransferencialmente, acaba por identificar-se com o perseguidor, ocupando uma posição equivalente ao objeto transferido pelo paciente (Racker, 1957/1982).

Para Racker (1957/1982), na angústia contratransferencial paranoide indireta, os fenômenos transferenciais do paciente provocam no analista angústias. Este sente-se ameaçado ou agredido por outras pessoas com as quais fez suas principais transferências, como um grupo de supervisão ou um familiar, por exemplo (Racker, 1957/1982). Para o autor, a agressão temida pelo analista pode ser de natureza diversa como por exemplo, uma crítica, desprezo, recriminação ou ódio.

Na angústia contratransferencial de caráter depressivo, o perigo consiste na destruição ou adoecimento do paciente. Algumas situações tais como casos onde há risco de suicídio do paciente, quando o estado de saúde deste piora ou há risco de piorar, podem provocar angústias depressivas no analista. Na relação transferencial correspondente o paciente, diante do perigo da frustração (ou pelo aumento desta) e da agressão resultante, volta a agressão contra si próprio, como se precisasse “proteger-se da revivência de destruição dos objetos e de proteger estes contra a própria agressividade” (Racker, 1957/1982, p. 148), assemelhando a definição de posição depressiva conforme postulada por Klein.

Outro tipo de reação contratransferencial citado por Racker, refere-se à agressão contratransferencial. Neste caso, esta reação costuma se manifestar quando os desejos do analista são frustrados, ou quando ocorre um perigo de frustração. Estes desejos relacionam-se à análise e à própria neurose do analista, têm uma natureza instintiva (união primordial com o objeto) e defensiva (contra os perigos provenientes dos objetos internos) e, a nível inconsciente, adquirem o propósito de que o paciente fique em um estado de dependência com o analista. Para Racker, a agressão contratransferencial é sempre provocada pela “rejeição de dependência por parte do paciente” (Racker, 1957/1982, p. 151), o qual reage na relação transferencial silenciando-se, negando, ocultando dados, reprimindo, bloqueando ou trapaceando, defendendo-se de forma depressiva e/ou paranoica contra certas imagos de objeto.

Os sentimentos de culpa referem-se a um outro tipo de reação contratransferencial, no qual a conduta do analista acaba sendo influenciada. O analista sente-se culpado por identificar-se com algum objeto mau do paciente, sendo que nesta relação as imagos do paciente misturam-se com os próprios objetos internos do analista (Racker, 1957/1982).

A sonolência ou tédio e a submissão correspondem também a fenômenos contratransferenciais frequentes no tratamento analítico, correspondendo a reações inconscientes do analista, diante do alheamento afetivo do paciente. O analista sente-se excluído e as sessões parecem não caminhar, dando-lhe uma sensação de impotência, produzindo sonolência e tédio (Racker, 1957/1982). Por fim, a submissão contratransferencial corresponde à tendência do analista em evitar a frustração e tensão, podendo até chegar ao ponto de mimar o paciente, como se o analista necessitasse apaziguar as situações transferenciais conturbadas, presentes na relação analítica.

A partir da exposição destas possíveis situações contratransferenciais é importante destacar a potencialidade da contratransferência como um instrumento que auxilia na compreensão do paciente, porém é preciso cautela, a fim de que ela não se transforme em mero “oráculo” (Racker, 1957/1982, p. 155). Torná-la como elemento integrante do trabalho analítico implica em considerar que o analista perceba os aspectos mobilizados no decorrer dos atendimentos, observando suas próprias reações e as integre na análise.

Para o autor, a contratransferência adquire um papel decisivo no processo de transformação interna do paciente - em sua transferência - possibilitando ao paciente elaborá-la, vencendo as repetições e resistências de sua neurose (Racker, 1957/1982). Cabe ressaltar que a reflexão sobre os aspectos mobilizados é possível quando se tornam conscientes para o analista, uma vez que tanto transferência quanto contratransferência relacionam-se preponderantemente a elementos inconscientes.

As principais contribuições de Racker referem-se aos seus estudos sobre o tema da contratransferência em seus múltiplos ângulos. A ousadia deste estudioso o fez caminhar por áreas inexploradas, expandindo conceitos, gerando resistências, mas sobretudo, complementando e aprofundando os estudos psicanalíticos.

2.2.6 DONALD WINNICOTT

Prosseguindo, como Melanie Klein, na clínica do infantil e, divergindo teoricamente de suas ideias, quanto ao caráter periférico atribuído à influência do ambiente no desenvolvimento emocional da criança e quanto à natureza precoce dos mecanismos de projeção e introjeção no desenvolvimento do indivíduo, Winnicott (1962/1983) aborda a relação transferencial, focalizando aspectos distintos dos propostos pela teoria freudiana e kleiniana.

Além das incompatibilidades já mencionadas, que promoveram seu distanciamento de Klein, a função ocupada pelo analista enquanto intérprete na relação transferencial é igualmente contestada, de modo que Winnicott, de forma totalmente independente e original, promove profícuas reflexões sobre este lugar ocupado pelo analista na transferência (Januário & Tafuri, 2010).

A particularidade de Winnicott é conferida à sua forma diversa de pensar sobre o sofrimento psíquico, vinculada desde os tempos de Freud aos conceitos de pulsão e conflito interno, substituída pela importância na “valorização do precoce vínculo real mãe-bebê no desenvolvimento emocional primitivo” (Zimmerman, 1999, p. 27).

Em *Formas clínicas da transferência*, Winnicott fala sobre a ampliação do conceito de transferência, graças aos estudos “com casos fronteiros ou nas fases ou momentos psicóticos de pacientes neuróticos ou de pessoas normais” (Winnicott, 1956/2000, p. 394). De acordo com o autor, a teoria formulada por Freud, se alicerçava em pacientes cujo estabelecimento do ego podia ser considerado irrefutável, contrapondo-se aos diversos casos estudados por Winnicott (1956/2000), o qual pode ser observado em suas palavras:

Olhando para trás, podemos hoje perceber que os casos eram selecionados corretamente para a análise, quando a história primitiva do paciente mostrasse que ele teria sido *cuidado de um modo suficientemente bom*. Essa adaptação inicial suficientemente boa à necessidade teria dado ao ego individual a possibilidade de ser, e como resultado, os *estágios iniciais* do estabelecimento do ego *podiam ser considerados* pelo analista um *fato consumado*. (p. 393, grifo do autor)

Considerando tal aspecto, Winnicott (1954/2000) evidencia que a análise não consiste em mero exercício de uma técnica, mas sim um processo, cuja orientação incide na figura do paciente - cada qual caminhando em seu próprio ritmo e rumo. Torna-se então importante ao analista, a capacidade de localizar o estágio maturacional do indivíduo, no qual seu sofrimento se originou, sendo a análise conduzida em conformidade às necessidades do paciente (Januário & Tafuri, 2010).

Partindo deste pressuposto, Winnicott distingue três variedades da clínica, com manejos distintos, de acordo com as falhas no processo maturacional. A primeira clínica refere-se aos pacientes “que funcionam em termos de pessoa inteira, cujas dificuldades localizam-se no reino dos relacionamentos interpessoais” (Winnicott, 1954/2000, p. 375) e a técnica nestes casos, consistiria naquela dos moldes freudianos. A segunda, diz respeito aos pacientes nos quais a integração da personalidade começou a se integrar sem, contudo, ter atingido uma estabilidade maturacional. Neste caso, diante da amplitude do material clínico e das dificuldades inerentes a este processo, a sobrevivência do analista é relevante, ainda que a técnica seja análoga aos casos da primeira clínica (Winnicott, 1954/2000).

A terceira clínica remonta aos pacientes cuja “estrutura pessoal não está ainda solidamente integrada” (Winnicott, 1954/2000, p. 375), na qual o analista irá se defrontar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional. Neste caso, o manejo clínico adquire

suma importância, uma vez que, ao proporcionar um ambiente suficientemente bom às necessidades do paciente, o analista possibilita uma experiência gradual de retomada do processo de amadurecimento emocional.

Nesta clínica, a relação transferencial, caracterizada por um trabalho no qual “o presente retorna ao passado”, o analista irá se confrontar com situações primitivas vividas pelo paciente (Winnicott, 1956/2000, p. 396). A partir de sua capacidade de suportar e apoiar a regressão, o paciente pode experimentar o trauma ou o fracasso ambiental, de modo que o analista precisa estar sensível ao que ocorre na relação transferencial e contratransferencial.

Observa-se que, tal como Ferenczi reporta-se à elasticidade da técnica, Winnicott igualmente propõe que o analista – e a psicanálise - também se adequem às demandas diversas do sofrimento psíquico, representadas pelas heterogeneidades emergentes na clínica (Kupermann, 2008). Timo (2013) revela que a importância atribuída por Winnicott acerca dos fenômenos contratransferenciais, deriva da inversão realizada pelo autor na sua concepção sobre a transferência, no qual o ódio despertado no analista é privilegiado na relação analítica.

Diante do exposto, em seu texto *O ódio na contratransferência*, Winnicott (1947/2000) postula a necessidade do analista de estar consciente de sua contratransferência. Para o autor, a vivência de cargas emocionais intensas, incluindo o amor e o ódio, representariam, em alguns momentos, os elementos centrais da análise.

Grosskurth (1992), ao discorrer sobre este texto, enfatiza dois aspectos importantes: o primeiro refere-se ao fato de Winnicott abordar o tema da contratransferência anteriormente à Paula Heimann; o segundo relaciona-se ao fato de que, embora Winnicott se referisse especialmente aos psicóticos, o destaque na capacidade de odiar do próprio analista, assim como a necessidade de se enfrentar aspectos relativos a si mesmo não podiam ser desprezados.

No entanto, cabe ressaltar que neste período de sua obra, Winnicott apresenta uma classificação dos fenômenos contratransferenciais, partindo de uma análise objetiva do analista acerca de sua contratransferência, a qual é criticada por Etchegoyen (1986/2004), ao afirmar certa incoerência, visto que a objetividade mencionada por Winnicott partia de sua própria subjetividade.

Ao retomar o tema da contratransferência Winnicott (1960/1983) advoga a ideia, sob outro ponto de vista, no qual a atitude profissional do analista se circunscreve de modo diverso em algumas situações específicas, como nos casos de pacientes com tendência antissocial e daqueles nos quais a regressão por uma fase de dependência infantil é necessária.

Estes casos configuram-se em situações nos quais não cabe falar em contratransferência, mas sim em reações do analista diante de situações “que forçam a passagem do limite profissional”, nos quais o manejo é específico e diferenciado (Winnicott, 1960/1983, p. 150).

A mudança conceitual relacionada ao tema ocasionou uma série de tumultos gerados pela apresentação destas ideias, as quais, independentemente dos motivos alegados, sinalizavam uma discussão necessária: era preciso discorrer e teorizar sobre a contratransferência como um fenômeno inerente ao processo analítico (Timo & Ribeiro, 2017). Deste modo, cabe à Winnicott a importante contribuição de destacar os efeitos mútuos advindos do encontro analítico, do ponto de vista técnico (Zimerman, 1999).

Fazer este breve percurso histórico por Freud, Ferenczi, Klein, Heimann, Racker e Winnicott, acerca dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais são rumos essenciais, para se compreender como os autores foram continuamente ampliando o constructo teórico e metodológico psicanalítico.

Tal caminho permite refletir sobre as convergências e divergências elaboradas desde Freud, podendo contextualizá-las no âmbito do contexto acadêmico, de forma a convocar àqueles que percorrem o difícil caminho da clínica psicanalítica, a se questionarem sobre o sentido, o significado e efeitos advindos disto que se constitui a experiência com o inconsciente.

Neste ínterim, o meio acadêmico é profícuo enquanto possibilidade de reflexão, uma vez que este espaço se constitui como um campo, no qual o futuro psicoterapeuta pode se indagar a respeito daquilo que está vivenciando, enquanto estagiário ou aprendiz.

A experiência do estágio clínico, no qual o acadêmico se situa como aluno e futuro profissional diante do paciente, o coloca diante de questionamentos sobre sua prática, nos quais emoções e sentimentos emergem. Deste modo, as experiências emocionais vivenciadas pela dupla, assim como tudo o que resulta deste encontro, possibilitam adentrar em dimensões particulares do psiquismo, onde o encontro com a verdade e a singularidade se traduzem de forma única, nos desdobramentos do inconsciente.

2.3 EMOÇÕES VIVENCIADAS PELO PSICOTERAPEUTA APRENDIZ

Desde Freud até a atualidade, mudanças relativas à teoria e técnica psicanalítica passaram por constantes transformações, desdobramentos estes inerentes, diante das inúmeras possibilidades do encontro clínico. O reconhecimento, cada vez maior, da presença do analista, sob o foco relacional ou da intersubjetividade, inauguram discussões e reflexões, que convergem para espaços distintos (Albuquerque, 2010; Zalavsky & Santos, 2005; Zimmerman, 1999).

Neste cenário, no qual o vínculo intersubjetivo adquire relevância, verifica-se uma tendência na extensão de novas formulações para contextos além do *setting* psicoterapêutico, como por exemplo, no espaço das supervisões (Zalavsky & Santos, 2005; Zalavsky, Nunes & Eizirik, 2005). Deste modo, as vivências emocionais que emergem nesta interlocução, permeada por fenômenos conscientes e inconscientes, produzem impactos emocionais mútuos, nomeados indistintamente como emoções e sentimentos.

Torna-se, portanto, necessário e oportuno, diferenciar os termos emoções e sentimentos, por permearem situações frequentes na prática clínica, cujo foco reflexivo prevalecem sobre a figura do paciente. Articular estes elementos destacando, neste estudo, a figura do psicoterapeuta aprendiz, amplia as possibilidades de compreensão sobre esta importante passagem na graduação, configurada pelos atendimentos clínicos.

De acordo Bock, Furtado e Teixeira (2008) e Alves (2011), as emoções estariam na ordem das reações neurovegetativas mais básicas, intensas e breves do organismo diante de um acontecimento inesperado, com componentes orgânicos que escapam ao controle do indivíduo. Além de serem acompanhadas de reações como, por exemplo, secura na boca e aceleração do batimento cardíaco, revelam também mudanças expressivas tais como

alterações na postura e nas expressões faciais, de forma que é perceptível ao social (Alexandroff, 2012; Alves, 2011; Bock, et al., 2008).

De acordo com Paulino (2013) as emoções são: “desencadeadas por uma percepção externa ou interna, são representações de objetos ou acontecimentos que estão realmente a ter lugar no momento presente, ou que tendo ocorrido no passado, estão agora a ser evocados (Paulino, 2013, p. 53).

Ainda segundo o autor, existem dois tipos de emoções: as secundárias ou sociais, tais como a compaixão, culpa, desprezo, ciúme, inveja, admiração e as emoções de fundo, nomeadas como bem-estar, mal-estar, calma e tensão, cujos indutores são, frequentemente, internos, desencadeadas por conflitos mentais, manifestos ou latentes (Paulino, 2013). Deste modo, observa-se que o atendimento clínico é permeado por uma série de experiências emocionais vivenciadas pela díade psicoterapeuta-aprendiz/paciente. A vivência destas pode desencadear inquietações diante de um desconhecido que é interno, ativado pela relação intersubjetiva, do encontro inconsciente, norteador da clínica psicanalítica (Santos Filho, 2007).

Já os sentimentos pressupõem uma capacidade de introspecção e simbolização, são fenômenos complexos porque envolvem compreensão e integração que, a partir das experiências de vida, poderão ser significados e interpretados (Alves, 2011; César & Juca-Vasconcelos, 2017).

Compreendendo a complexidade do comportamento humano, Soussumi (2003) apresenta suas reflexões acerca dos afetos, das emoções e dos sentimentos. Os estudos deste autor, cujas pesquisas situam-se na interface entre psicanálise e neurociências, revelam importantes contribuições, que lançam novos olhares acerca das experiências e dos estados emocionais. Scorza (2009), ao discorrer sobre a psicanálise e a neurociência, aponta inclusive

uma possível ampliação dos conceitos metapsicológicos freudianos. As contribuições da neuropsicanálise à compreensão do aparelho mental, especialmente aos registros de memória revelam que “os acontecimentos precoces do ser ficam indelevelmente inscritos nas estruturas neuronais” (Soussumi, 2003, p. 577).

Alguns estudos, dos psicanalistas Soussumi (2003) e Mattos e Braga (2009), além de Scorza (2009), estudioso da psicanálise, convidam a refletir sobre os afetos, emoções e sentimentos na clínica psicanalítica.

Assim, Soussumi (2003) revela que:

Afetos e emoções são sinalizações do estado do corpo, em decorrência de uma multiplicidade de fenômenos orgânicos que ocorrem em sua intimidade, de forma automática, programada pela natureza, e, portanto inconsciente, para a manutenção do estado ótimo de funcionamento, para que a vida seja assegurada. (p. 578)

Ao se referir sobre os sentimentos, Soussumi (2003) acrescenta o seguinte:

As emoções alcançam seu estágio mais alto que é a consciência dos estados do corpo, às custas dos mapas sensoriais do corpo, em mudança em face dos estímulos externos do meio externo, ou do próprio meio interno, com os pensamentos e mobilizações derivadas. Isto vai constituir o componente mental dos afetos e emoções que para neurocientistas como Damásio e outros caracteriza o que eles chamam de sentimentos, fenômenos que distinguem de afetos e emoções. (580)

As implicações oriundas destas reflexões incidem sobre a experiência clínica, lançando novos olhares, nos quais “os movimentos somato-psíquicos (emoções fundidas no corpo)” (Soussumi, 2003) ou, o exame do psíquico “a partir do somático” (Mattos & Braga, 2009), ampliam a compreensão do trabalho analítico.

As apresentações destas formulações, acerca das emoções e dos sentimentos, evidenciam importantes contribuições, cujas ressonâncias sobre a relação entre analista e analisando, possibilitam um trabalho de elaboração das situações – permeadas de muitas emoções – emergentes na relação psicanalítica (Soussumi, 2003). Partindo-se destes pressupostos, torna-se pertinente apresentar as interlocuções acerca das experiências emocionais vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes no contexto dos atendimentos clínicos nos serviços-escolas, a fim de se compreender as repercussões destas experiências nos atendimentos clínicos.

Assim, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre este tema nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic); Portal de Periódicos da Capes e Scientific Electronic Library Online (Scielo).

A vivência emocional dos estagiários de psicologia nos atendimentos psicoterapêuticos, com base psicanalítica, nos serviços-escolas das universidades exposta a seguir, se direciona para reflexões sobre: os aspectos lógico-emocionais que sustentam a condutas dos alunos; a formação do estudante de psicologia sob o enfoque psicanalítico; as dificuldades nos atendimentos com pacientes limítrofes; a importância dos fenômenos contratransferenciais e a importância da supervisão.

A fim manter fidelidade com a literatura vigente, neste estudo serão mantidos os termos utilizados pelos respectivos autores, ao se referirem às emoções e sentimentos vivenciados pelos psicoterapeutas.

As diferentes modalidades de estudos serão utilizadas como critério de classificação para a explanação das pesquisas, referentes à vivência dos estagiários, as quais

compreenderam os seguintes delineamentos: pesquisas-intervenção, estudos de caso, estudos teóricos com exemplos clínicos, assim como pesquisas qualitativas de caráter exploratório.

A apresentação destes estudos enfocará as contribuições acerca das vivências emocionais dos psicoterapeutas aprendizes, assim como as formas pelas quais as experiências emocionais foram nomeadas, buscando, por meio da literatura vigente, contextualizá-los de acordo com os objetivos deste estudo.

2.3.1 PESQUISA INTERVENÇÃO

A vivência dos atendimentos clínicos realizados pelos estudantes da graduação foi investigada por alguns autores, a partir da perspectiva de uma pesquisa-intervenção, sob o enquadre de entrevistas grupais (Cambuí & Neme, 2014; Cambuí & Ribeiro, 2014; Gallo-Belluzzo, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2013; Ribeiro, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008). Tais estudos, buscaram captar os determinantes lógico-emocionais que sustentavam as condutas dos alunos, utilizando como estratégia metodológica o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, como instrumento facilitador para a expressão das emoções e a narrativa psicanalítica, caracterizada pela comunicação do relato subjetivo de uma experiência (Cambuí & Neme, 2014; Cambuí & Ribeiro, 2014; Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008).

Entre estas pesquisas duas enfocaram os primeiros atendimentos clínicos (Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008), enquanto as demais se distinguiram quanto à proposta temática feita aos estudantes de psicologia, no Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Cambuí & Neme, 2014; Cambuí & Ribeiro, 2014), apresentando como temas, respectivamente, o sofrimento psíquico contemporâneo e o atendimento psicoterápico de um paciente difícil. Entre estes dois trabalhos, um se diferencia quanto aos participantes da

pesquisa, englobando alunos tanto do primeiro ano de psicologia, quanto do último (Cambuí & Neme, 2014).

As pesquisas de Gallo-Belluzzo et al. (2013) e Ribeiro et al. (2008), analisadas sob o enfoque winnicottiano, revelaram que a maioria dos estudantes nos primeiros atendimentos clínicos demonstrava um imaginário coletivo imaturo, isto é, suas ações diante do paciente eram voltadas para si mesmos. A angústia diante do paciente real, contrapondo-se ao idealizado; os sentimentos de despreparo emocional e acadêmico; a recorrência a condutas intelectualizadas, como formas de se sentirem seguros pela via da assimilação teórica; o medo, a insegurança e a frustração diante do desconhecido e da possibilidade de rejeição pelo paciente; o estudante de psicologia representado como o super-herói, ou como aquele cuja missão é salvar as pessoas, aliviando seus sofrimentos, contemplaram, segundo as pesquisas, um imaginário coletivo narcísico (Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008). Por outro lado, a pesquisa de Ribeiro et al. (2008) demonstrou, minoritariamente, um imaginário coletivo mais amadurecido emocionalmente, no qual mesmo diante de sentimentos de ansiedade, o aluno conseguia estabelecer uma relação voltada para o outro/paciente, que emerge na relação terapêutica em primeiro plano.

Entre os resultados obtidos no estudo de Cambuí e Neme (2014) observou-se nas experiências subjetivas dos alunos do último ano de psicologia, o predomínio de sentimentos de vazio, associados a vivência de um falso self. Segundo as autoras, tais resultados conduzem à necessidade de se refletir sobre o exercício da prática clínica, uma vez que o psicoterapeuta em formação precisa estar ciente de suas próprias dificuldades e angústias, para que seja capaz de reconhecer a singularidade do outro, no encontro inter-humano.

Cambuí e Ribeiro (2014), investigando as particularidades da clínica contemporânea, sob o enfoque da clínica dos casos difíceis, refletiram sobre as repercussões desta na formação acadêmica, apresentando contribuições pertinentes à prática destes futuros profissionais.

Os resultados deste estudo apresentaram os seguintes dados: a presença de sentimentos de insegurança, relacionados tanto ao início dos atendimentos clínicos, quanto ao atendimento dos pacientes considerados difíceis, condizentes com os sentimentos contratransferenciais emergentes deste tipo de clínica; o imaginário do terapeuta perfeito, capaz de oferecer todo o suporte para o paciente, mas deixando em segundo plano, ou não reconhecendo, os reais sentimentos mobilizados; o reconhecimento dos sentimentos contratransferenciais; a presença de manifestações subjetivas amadurecidas, pela vivência de um encontro clínico real, contrapondo-se ao plano idealizado e, por fim, a negação da loucura do paciente, nos quais as dificuldades emergentes neste tipo de caso, mobilizam no terapeuta recursos defensivos.

Para se referir à experiência emocional vivenciada pelos estudantes, três estudos utilizam o termo “substrato afetivo emocional” (Cambuí & Neme, 2014; Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008), exceto um (Cambuí & Ribeiro, 2014), que atribui o nome “campo afetivo-emocional” nos quais palavras, como: medo, ansiedade, angústia, insegurança, incapacidade e impotência, foram utilizadas nas explicações relativas aos materiais clínicos apresentados pelos quatro estudos. A qualidade dos dados obtidos nestas modalidades de pesquisa integra um importante arcabouço teórico-prático, apresentando contribuições significativas aos estudos referentes às vivências emocionais dos estudantes.

2.3.2 PESQUISA COM ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Partindo de uma modalidade de pesquisa diversa, delineada pelo estudo de caso clínico, dois estudos apresentam suas contribuições, destacando as intensidades das

experiências emocionais presentes na relação transferencial e contratransferencial, nos atendimentos clínicos psicoterapêuticos realizados em serviços-escolas (Risk & Santos, 2015; Zuanazzi & Sei, 2014). Delineando-se sob o enfoque winnicottiano, ambos os estudos ressaltam a necessidade do *holding* - conceito formulado por Winnicott (1960/1983) e compreendido como sustentação, no qual o ambiente/*setting* permite o processo de integração do sujeito.

Partindo de uma metodologia qualitativa, o estudo de Zuanazzi e Sei (2014) enriquece as reflexões acerca das vivências do estudante de psicologia, por englobar a relação transferencial e contratransferencial, na particularidade do atendimento familiar, enquanto atravessada por identificações projetivas cruzadas, cujo manejo clínico constitui-se como desafiador. Assim, enfatizando a troca de terapeutas, os resultados deste estudo permitiram observar interessantes movimentos, principalmente agressivos, que sinalizavam aspectos importantes na relação psicoterapêutica com a família. A compreensão acerca dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais e a oferta do *holding* aos seus integrantes, possibilitaram o seguimento do processo psicoterapêutico por um tempo significativo, em se tratando do transcurso de um atendimento familiar, cuja dinâmica mostra-se *sui generis*. A terminologia utilizada neste estudo para abordar as experiências emocionais referiu-se à palavra sentimentos, ao elencarem os conteúdos de agressividade, vivenciados pela família e direcionados à figura da estagiária.

Ao abordar a temática dos pacientes de difícil acesso, a pesquisa de Risk e Santos (2015) evidencia as particularidades das experiências emocionais vivenciadas pelos estagiários nos atendimentos de casos difíceis. Para os autores, a escuta atenta do psicoterapeuta aos próprios sentimentos e a importância do vínculo psicoterapeuta-paciente, são aspectos essenciais para a compreensão do que emerge no encontro analítico. Os impactos desta relação, vista sobretudo sob o ponto de vista intersubjetivo, são evidenciados enquanto

fenômenos contratransferenciais úteis para a compreensão do caso. Deste modo, os sentimentos de ansiedade, repulsa, ódio e tensão, vivenciados pelo psicoterapeuta, constituíram-se como elementos contratransferenciais significativos, os quais alguns, segundo os autores, não foram manejados adequadamente pelo estagiário, por não emergirem no nível consciente. A ponderação neste manejo, explicitada pela estabilização do *setting*, pelo cuidado nas interpretações transferenciais, no atendimento de pacientes em estágios de fragmentação egóica são apontados como aspectos de suma importância, na clínica com pacientes de difícil acesso.

Os aspectos emocionais no estudo foram nomeados como sentimentos, referindo-se à: ansiedade, repulsa, ódio e tensão, vivenciados pelo psicoterapeuta. O termo emoção, neste caso, é utilizado a partir das referências utilizadas pelos autores.

2.3.3 ESTUDOS TEÓRICOS E CLÍNICOS

A vivência dos estudantes de psicologia nos atendimentos clínicos, envolvendo a modalidade de estudo teórico, coadunado a exemplos clínicos, é retratada por autores em pesquisas, cujas contribuições, enriquecem os estudos acerca das experiências emocionais durante os atendimentos clínicos (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000; Poletto, 2003). Contextualizando o processo de ensino e aprendizagem em psicologia clínica, tais pesquisas ilustram algumas situações vivenciadas pelos estudantes nos atendimentos clínicos e supervisões, cujas experiências despertam emoções e sentimentos.

A peculiaridade do exercício do papel de psicólogo no encontro clínico, que o diferencia de quaisquer outros tipos de relações entre pessoas, configura-se pelo enquadramento de trabalho (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000). Neste contexto, o desenvolvimento da atitude clínica se constitui como uma importante condição para o

aprendizado, cujo foco é permitir ao aluno a compreensão de suas emoções e atitudes, na relação com o paciente, uma vez que no enfoque psicanalítico, sua própria pessoa é o principal instrumento de trabalho (Aguirre et al., 2000).

Por ser uma experiência subjetiva Aguirre et al. (2000) argumentam que o desenvolvimento da atitude clínica representa um fenômeno interno, cuja complexidade envolve uma série de variáveis, tais como: conhecimento teórico, experiências pessoais, a abertura para vivências internas, “a capacidade de conter ansiedades e de preservar os limites da própria identidade” (p. 54), sem se confundir com o outro. Como o início dos atendimentos clínicos se constituem como um rito de passagem na graduação, Aguirre (2000) menciona algumas interrogações, apresentadas pelos estudantes de psicologia, acerca desta experiência, tais como: dúvidas relacionadas à vestimenta, ao que falar para o paciente, à aceitação ou não do paciente no tocante ao terapeuta iniciante, nos quais a própria aparência e/ou maturidade do aluno mostra-se relevante, a atitude a ser tomada no atendimento com crianças, questionamentos teóricos e o medo de ser criticado pelo supervisor e colegas.

Por outro lado, discorrendo acerca do processo psicodiagnóstico infantil, Poletto (2003) considera que as angústias e ansiedades mobilizadas pelo impacto diante do desconhecido, são provenientes de fontes diversas: da própria inexperiência dos alunos, das experiências vivenciadas em grupos com os colegas, do próprio funcionamento psíquico e das demandas dos pais das crianças atendidas, endereçadas desde o início do processo ao psicoterapeuta. Assim, a autora evidencia alguns questionamentos advindos do atendimento infantil referentes ao manejo clínico, exemplificados por hesitações acerca de como se comportar (consoante a abordagem psicanalítica) e diante da possibilidade da criança querer abraçar ou beijar. Menciona alguns recursos utilizados pelos estudantes, na tentativa de se encontrar respostas para a singular experiência clínica, tais como: a recorrência aos modelos teórico-metodológicos, à própria experiência de psicoterapia ou às experiências vivenciadas

por professores e colegas já formados. Ao recorrerem a um conhecimento pré-concebido, ignorando a própria criança que lhes habita, tais recursos, acabam por dificultar uma comunicação, uma vivência clínica espontânea e genuína, nos quais os próprios sentimentos e percepções constituem-se como essenciais no encontro com o outro (Poletto, 2003).

Entretanto Aguirre et al. (2000) consideram que a complexidade psíquica é inerente à vivência dos atendimentos clínicos, faz parte de um processo, cujo transcurso se dá paralelamente à construção da identidade profissional. Esta identidade é construída pelas experiências internalizadas, as quais compreendem desde a concepção de mundo, os valores, incluindo também os parâmetros, constituídos pelo enquadramento de trabalho. Compreendendo como enquadre as características referentes aos parâmetros elementares da atuação, definidos como: tempo, lugar, objetivos, além dos papéis atribuídos aos participantes, um dos aspectos que interessam aos autores, relaciona-se às emoções despertadas pelo paciente no terapeuta. Assim, expectativas, fantasias e dificuldades do paciente que se direcionam à figura do terapeuta são também vivenciados por ele, onde sentimentos de insegurança e medos emergem, promovendo o rompimento do próprio enquadre. Dificuldades em encerrar a sessão no horário, em abordar assuntos difíceis, dar conselhos ao paciente, responder questionamentos sobre a vida particular, são alguns exemplos, citados pelos autores, muitas vezes relacionados às dificuldades do aluno em assumir o seu papel profissional.

Ao salientar a importância dos aspectos emocionais presentes no desenvolvimento da atitude clínica o estudo de Aguirre et al. (2000), em muito contribui para refletir sobre as dimensões envolvidas no processo de construção de identidade profissional do psicólogo, que inicia no âmbito acadêmico, mas que se mantém *a posteriori*. A compreensão das reações contratransferenciais despertadas, advindas da relação transferencial entre os envolvidos,

assim como a importância da psicoterapia pessoal e da prática clínica supervisionada é enfatizada pelos três estudos (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000; Poletto, 2003).

Na pesquisa de Aguirre (2000) a palavra sentimento relaciona-se àquilo que é despertado no contato entre terapeuta-paciente e durante as supervisões, no qual expressões como: sentir-se mal, sentir-se irritada, sentimentos agradáveis ou desagradáveis, nomeados como contratransferência; sentimentos de compreensão e apoio, assim como os termos insegurança e ansiedade, são utilizados nas referências aos sentimentos. Por outro lado, especificamente a palavra medo, aparece relacionada a elementos não racionais, a recursos defensivos, e a situações de insegurança diante da prática clínica.

As vivências emocionais no artigo de Poletto (2003) são nomeadas como emoções e sentimentos. Ao se referir às emoções, a autora apresenta este termo relacionando-o às suas intensidades, presentes no atendimento da criança, e/ou pais, à terapeuta e à sua presença na supervisão. Confere-lhe seu atributo inconsciente e contratransferencial, onde palavras como raiva e confusão, são utilizadas para sua explicação. O termo sentimento é utilizado para se referir àquilo que é despertado na relação com o outro.

A palavra emoções é utilizada no estudo de Aguirre et al. (2000) para se referir ao que é despertado na relação terapeuta-paciente e vice-versa, e na relação com o grupo de supervisão. A palavra medo, relaciona-se ao abandono do atendimento pelo paciente, à figura dos colegas e do docente, no momento das supervisões. O termo sentimento aparece, curiosamente nesta pesquisa somente uma vez, relacionando-se à insegurança do estudante quanto à própria competência.

2.3.4 PESQUISAS QUALITATIVAS DE CARÁTER EXPLORATÓRIO

Evidenciando as dificuldades vivenciadas pelos psicoterapeutas nos estágios clínicos, dois estudos apresentam suas contribuições referentes ao processo de construção da identidade profissional neste momento de transição de aluno a futuro profissional (Barbosa et al., 2015; Lopes & De Castro, 2018). Tais estudos partem da modalidade de pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com utilização de entrevistas semiestruturadas e por meio do tratamento dos dados, realizado pela análise de conteúdo.

Buscando apreender os significados atribuídos pelos alunos sobre a experiência do estágio, Barbosa et al. (2015), realizaram uma investigação com alunos do nono e décimo semestres de uma instituição de ensino particular. Aspectos citados nos estudos anteriores, relativos à insegurança sentida nos atendimentos iniciais; sentimentos de despreparo teórico e prático; a dificuldade em lidar com o atendimento infantil e conseqüentemente os medos advindos deste tipo de clínica, assim como incertezas relativas as próprias identidades profissionais foram elencados pelos estudantes de psicologia, ao discorrerem acerca da vivência clínica.

Os resultados deste estudo apresentaram dados interessantes referentes a formação do aluno de psicologia, tais como: preocupações referentes ao futuro, tanto no sentido de ganhos financeiros, como na inserção no mercado de trabalho e a atribuição de uma carga horária insuficiente para o estágio clínico, diante da distribuição generalista da prática em outros campos de atuação. Além destes dados, as percepções dos participantes relacionadas às suas competências para as atividades de estágio, evidenciaram compreensões distintas. Assim, a prática do estágio se constituiu como uma experiência tanto positiva, no qual era possível colocar em prática os conceitos vistos nos anos anteriores, dando ao aluno a possibilidade de

ressignificar estas vivências, quanto negativa, desvinculado dos conhecimentos adquiridos anteriormente.

Ao se referirem às experiências vivenciadas pelos estagiários os autores utilizam os termos emoções e sentimentos. A palavra emoção apresenta-se em seu derivativo emocional, relacionando-se a atributos como sofrimento, maturidade, suporte, grupo de supervisão. O termo sentimento relaciona-se, neste estudo, as formas como os estudantes se sentem, ao vivenciarem os atendimentos clínicos, aparecendo também relacionado a palavras como inveja, competição, agressividade e ciúmes.

Objetivando compreender como o estudante de psicologia vivencia a experiência de ocupar o lugar de psicoterapeuta, no momento dos estágios clínicos, Lopes e De Castro (2018) apresentam, em recente publicação, valiosas contribuições. De acordo com as autoras, as estagiárias relataram algumas dificuldades relativas às vivências iniciais da prática clínica, tais como: a angústia sentida durante os atendimentos, os desafios encontrados no manejo transferencial e a necessidade por estratégias pelas alunas, para se apropriarem das demandas do atendimento, buscando encontrar o próprio jeito de ser terapeuta.

A experiência do estágio, considerada especial para o aluno, é permeada por uma série de construções subjetivas, que promovem transformações e evoluções psíquicas (Lopes & De Castro, 2018). A dificuldade para lidar com os fenômenos transferenciais e contratransferenciais são desafios, que fazem parte deste processo, sendo que a utilização da contratransferência como instrumento, foi apontada pelas autoras como um fator que possibilitou uma aproximação do estagiário a ocupar o lugar de psicoterapeuta.

As questões institucionais, burocráticas e até elementos ligados à estrutura física dos locais de atendimento, foram relacionados pelos estagiários, como fatores que dificultam o processo de ocupar o lugar de psicoterapeutas. As experiências emocionais são referidas nesta

pesquisa por meio da utilização dos termos emocional e sentimentos. O termo emocional aparece referindo-se a atributos como: desgaste, carga e experiência, enquanto a palavra sentimento diz respeito as formas como os estagiários se sentem, relacionando-se, neste estudo, a termos como angústia e ansiedade.

Os dois estudos concluíram que a apropriação deste lugar consiste em um processo gradual, no qual aspectos como a terapia pessoal, os seminários teóricos e a supervisão, se constituem como integrantes. Os resultados dos estudos mencionados, além de permitirem visualizar a relevância das experiências emocionais nos atendimentos clínicos, possibilitam constatar um aspecto relevante: a ausência de consenso nas nomenclaturas relativas às emoções e sentimentos.

Tal ausência é justificável, uma vez que ao se nomear emoções e sentimentos, parte-se, a princípio, daquilo que é da ordem do consciente. O termo vivências emocionais foi deliberado para ser utilizado neste presente estudo, por contemplar de forma ampla a constelação das experiências emocionais, caracterizadas pelas emoções e pelos sentimentos. No entanto, os relatos apresentados pelos estagiários, nos resultados do presente estudo, se delinearão pela forma como eles próprios nomearam: sentimentos e emoções.

2.3.5 EMOÇÕES VIVENCIADAS PELOS PSICOTERAPEUTAS-APRENDIZES DURANTE AS SUPERVISÕES

A supervisão constitui-se como parte integrante do aprendizado para o profissional na área da psicologia clínica, a qual em consonância com os postulados freudianos, integra um dos elementos essenciais para a formação na clínica psicanalítica (Lopes & De Castro, 2018; Mendes, 2012; Silva et al., 2017). Na literatura utilizada sobre a supervisão alguns autores

delineiam-se sobre o tema utilizando como nomenclatura as palavras analistas e/ou psicanalistas, cuja terminologia utilizada nestes estudos será respeitada.

Antes de sua sistematização enquanto um dispositivo a ser utilizado pelos analistas em treinamento (Marcos, 2012; Mendes, 2012), a supervisão consistia em conversas informais, discussões de casos, nos quais assuntos relativos às dificuldades que emergiam na clínica eram tratados por Freud e outros analistas (Geller, Farber & Schaffer, 2010; Marcos, 2012; Poli & Schneider, 2014).

Nos anos de 1920, em Berlim, com a regulamentação da formação dos analistas, os eixos de formação em psicanálise englobavam os cursos teóricos, a análise didática e supervisão, consistindo esta última como o terceiro elemento no tripé da formação analítica (Marcos, 2012). Atualmente estes três elementos mantêm-se, denominados como eixos norteadores da prática psicanalítica. Algumas mudanças ocorreram, ao longo do tempo, referentes à nomenclatura de alguns termos. A análise didática, foi substituída por análise ou terapia pessoal e o que antes era denominado por Freud como análise de controle, modificou-se para o termo supervisão (Laplanche & Pontalis, 1982/1992). Apesar da qualidade intrínseca do tripé na terapia psicanalítica este trabalho irá considerar apenas os estudos referentes à supervisão.

Para Laplanche e Pontalis (1982/1992), a supervisão é definida como “análise conduzida por um analista em formação e da qual presta contas periodicamente a um analista experimentado que o guia na compreensão e direção do tratamento e o ajuda a tomar consciência da sua contratransferência” (Laplanche & Pontalis, 1982/1992, p. 388).

Existem algumas variações no que concerne à sua realização, seja no contexto das Instituições e Sociedades Psicanalíticas, quanto no cenário de formação acadêmica. Assim sendo, no primeiro caso existem algumas condições, relativas ao cumprimento de horas de

supervisão, o predomínio pela modalidade individual e aspectos referentes à sua frequência - as quais variam de acordo com os diferentes institutos psicanalíticos (Brandt, 2017; Zaslavsky, 2003). No contexto acadêmico prevalece a modalidade grupal de supervisão e sua carga horária, estipulada para os estágios clínicos da graduação, apresentam um quantitativo insuficiente para a obtenção de um saber tão peculiar, no que diz respeito à experiência da clínica psicanalítica (Brandt, 2017).

Tendo em vista que o presente estudo está voltado às vivências emocionais do psicoterapeuta-aprendiz ainda graduando de psicologia, a articulação teórica sobre a supervisão estará circunscrita ao contexto acadêmico. As emoções despertadas pela experiência nos atendimentos clínicos são abordadas enquanto atributos a serem trabalhados nas supervisões, no qual o processo de ensino-aprendizagem, as reflexões acerca dos fenômenos contratransferenciais, ambas relacionadas à construção do futuro psicoterapeuta são aspectos ressaltados nos estudos publicados.

A construção da autonomia do psicoterapeuta em formação é retratada por autores, os quais enfatizam a relevância da supervisão no processo de ensino-aprendizagem (Aguirre et al., 2000; Barbosa et al., 2015; Brandt, 2017). Brandt (2017) articula a importância da supervisão para a aprendizagem, ressaltando alguns obstáculos emergentes no processo de supervisão em grupo, nos quais a omissão dos próprios erros ou dificuldades; o incômodo em se expor ou esquecimentos ao relatar os casos no grupo, assim como os aspectos contratransferenciais envolvidos, constituem-se como manifestações possíveis neste processo. Embora suas reflexões sejam concebidas a partir de uma trajetória de formação pós-acadêmica, o autor articula elementos vinculados à supervisão realizada inclusive no contexto universitário.

O estudo de Barbosa et al. (2015) evidencia a importância da supervisão, atribuída enquanto elemento significativo no processo de autoconfiança do psicoterapeuta em formação, constituindo-se como um espaço de suporte emocional, o qual possibilita uma compreensão e reflexão sobre os fatores técnicos e emocionais que permeiam os atendimentos clínicos. Para os autores, o posicionamento continente do supervisor se constitui como elemento facilitador, suscitando confiança nos alunos para apresentarem seus questionamentos e dúvidas.

Além disso, este estudo ressalta alguns elementos favoráveis e desfavoráveis, pertinentes à vivência da supervisão, tais como: a experiência de compartilhar e aprender com os demais atendimentos em grupo, sentimentos de confusão, competição ou inveja peculiares diante da mobilização que o atendimento clínico provoca e considerados naturais quando se trabalha com um grupo sensível emocionalmente. Tais elementos adversos são considerados por Brandt (2017) como resistências inerentes presentes em momentos da supervisão.

A pesquisa de Aguirre et al. (2000) considera estes elementos como dificuldades próprias dos alunos em assumirem um papel profissional ainda em construção. No que tange a supervisão, estes autores mencionam que a experiência clínica suscita no aprendiz fantasias e expectativas, referentes inclusive ao seu papel no grupo de supervisão. Para os autores estas fantasias englobariam temores dos alunos por críticas dos colegas quanto ao seu desempenho, dificuldades e esquecimentos para expor o caso clínico e a tendência de utilizar jargões técnicos. Estes aspectos sinalizariam dificuldades emocionais dos alunos relacionadas tanto aos atendimentos clínicos quanto ao momento da supervisão. Neste caso, os autores chamam a atenção para o cuidado a ser adotado pelo supervisor em relação aos fenômenos contratransferenciais, os quais devem ser abordados com parcimônia pelo supervisor.

Em continuidade às reflexões acerca deste percurso em busca da autonomia profissional, no qual o supervisor trilha junto a seus alunos, outros estudos irão abordar a relevância da supervisão nos estágios, condição esta que inaugura a passagem do aprendizado teórico para vivência prática, considerando a importância do ambiente para o desenvolvimento emocional do indivíduo (Gallo-Belluzzo et al., 2013; Lopes & De Castro, 2018; Ribeiro et al., 2008; Sei & Paiva, 2011).

A partir do enfoque teórico winnicottiano, estes estudos transpõem para o espaço da supervisão a função de acolhimento, de *holding*, para o desenvolvimento emocional do estagiário rumo a independência (Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008; Sei & Paiva, 2011). Constituindo-se, portanto, como um espaço integrador de acolhimento e de conhecimento teórico, alguns estudos enfatizam a necessidade de propostas educacionais diferenciadas na supervisão, os quais possibilitariam uma aproximação com a prática clínica em pequenas doses (Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008).

Discorrendo sobre as experiências dos estagiários, o estudo de Sei e Paiva (2011) traz reflexões acerca dos aspectos emocionais presentes na supervisão, nos quais fenômenos transferenciais, positivos e negativos, estão envolvidos tanto na relação do estagiário com o paciente, como entre os integrantes do grupo de supervisão, incluindo o supervisor. Deste modo, a supervisão enquanto possibilidade de oferta de *holding* contemplaria os seguintes aspectos: contribuição no desenvolvimento teórico dos alunos; acolhimento e mediação dos fenômenos que emergem e mobilizam o grupo como um todo, por meio da transformação e decodificação das angústias presentes; além da contribuição na construção da autonomia do aluno, voltado para o desenvolvimento do verdadeiro self profissional.

O estudo de Aguirre (2000) contempla de forma significativa as emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes nos atendimentos clínicos e supervisões. Considerando tanto

o ponto de vista do supervisor, quanto do aluno, a autora elucida alguns aspectos importantes que merecem ser mencionados.

Sob o enfoque do supervisor Aguirre (2000) menciona algumas de suas funções, tais como: orientar e respaldar os estagiários no conhecimento e uso das características objetivas que definem e norteiam o trabalho clínico - denominadas como enquadramento de trabalho - cujos parâmetros permitem ao psicólogo realizar seu trabalho; facilitar a integração do conhecimento teórico e autoconhecimento; trabalhar as ansiedades, medos e angústias despertadas antes, durante e depois dos atendimentos clínicos, enfocando a dinâmica do relacionamento - pela compreensão dos aspectos latentes e manifestos - estabelecida pela dupla psicoterapêutica, assim como pelos integrantes do grupo de supervisão e supervisor. Deste modo, a supervisão integra a possibilidade de suporte para as dificuldades emergentes dos alunos, nos quais elementos transferenciais e contratransferenciais, não percebidos no início da experiência clínica, são acolhidos pelo supervisor, em um processo que valoriza e respeita as possibilidades dos alunos.

Por meio da ilustração de vários exemplos a autora evidencia as emoções vivenciadas nos momentos da supervisão, articulando-as aos atendimentos, à supervisão e sobretudo às transformações emocionais ocorridas nos próprios alunos. A aproximação que os estagiários desenvolvem com os próprios sentimentos, percepções e sensações, realizada por meio do manejo delicado e sensível da supervisora, evidencia uma possibilidade de compreensão dos atendimentos clínicos de forma singular. Ao mesmo tempo, esta sintonia emocional, dificilmente obtida por um conhecimento teórico, proporciona ao aluno uma experiência clínica significativa com o outro e consigo mesmo.

A partir destas reflexões acerca das emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes nas supervisões é possível visualizar direcionamentos distintos. Alguns estudos,

aqui mencionados, conduzem suas reflexões abordando as reações emocionais presentes na relação supervisor-supervisionando e grupo de supervisão, enquanto outras pesquisas debatem o tema da supervisão sob o ponto de vista da intersecção existente entre a prática clínica e seus efeitos a partir da experiência, não englobando especificamente as emoções vivenciadas nas supervisões (Darriba, 2011; Lustoza & Pinheiro, 2014; Marcos, 2012; Pinheiro & Darriba, 2011).

Ainda que a compreensão da supervisão enquanto possibilidade de uma experiência de aprendizado, articulada aos aspectos teórico-metodológicos, seja um consenso na literatura, há ainda muito a ser refletido. Articular a experiência emocional vinculada à uma aprendizagem é uma forma de explicar os mecanismos que operam nas relações. Compreender as ressonâncias que emergem pelas vivências emocionais, nem sempre perceptíveis pela comunicação verbal, seria uma possibilidade de alcançar outras conjecturas, nem sempre previsíveis, porém sensíveis ao que emerge no encontro clínico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar as vivências emocionais dos estudantes de graduação em Psicologia durante os estágios em clínica psicanalítica.

3.2 Objetivos específicos

Realizar um levantamento bibliográfico acerca das emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta-aprendiz;

Analisar as emoções percebidas em si mesmos pelos psicoterapeutas-aprendizes nos atendimentos em psicoterapia psicanalítica.

4 MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada por meio do método clínico-qualitativo, que abarca um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para compreender e descrever as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos, nos quais aspectos conscientes e inconscientes são considerados, assim como a implicação subjetiva do pesquisador, com seu envolvimento ativo (Turato, 2003/2013).

Tal método remonta aos estudos qualitativos, os quais, historicamente, adquiriram o *status* de cientificidade a partir de estudos delineados em três vertentes: a antropológica, sociológica e psicanalítica (Turato, 2003/2013). Na área das ciências humanas são mencionadas as pesquisas antropológicas, principalmente a etnografia, nos quais a presença do observador participante em campo, constitui-se como elemento importante para a construção de um processo reflexivo acerca do fenômeno a ser estudado (Fontanella, Campos & Turato, 2006; Ribeiro, Azevedo & Turato, 2013).

Para Minayo, a sociologia compreensiva das ciências sociais se constituiu como a base das pesquisas qualitativas, buscando a compreensão das dinâmicas presentes nas relações sociais, trabalhando com a “vivência, com a experiência, com a cotidianidade” (Minayo, 2001, p. 24). Por outro lado, outra vertente irá atribuir aos estudos psicanalíticos, o mérito de contribuir para as pesquisas qualitativas, na medida em que a psicanálise “instaurou sua autodeterminação epistemológica”, ao criar um método de investigação, delimitando o inconsciente como objeto inédito de estudo (Turato, 2003/2013, p. 108).

O pesquisador qualitativista vai a campo preocupando-se em estudar e compreender os significados atribuídos pelos indivíduos, grupos ou instituições aos fenômenos, conhecendo as vivências e as representações destas em suas experiências de vida (Minayo, 2001; Minayo, 2010; Turato, 2003/2013; Turato, 2005). Minayo (2010) aponta para a necessidade de cautela nos estudos qualitativos, a fim de que a subjetividade do pesquisador não represente um viés

para a pesquisa, diante do estreito imbricamento entre pesquisador e objeto de estudo. (Minayo, 2010).

Posto isto, o “método de pesquisa clínico-qualitativa constitui-se como um refinamento dos métodos qualitativos genéricos” (Turato, 2003/2013, p. 38), com a proposta de adequar a metodologia qualitativa às questões emergentes na clínica, isto é, em *settings* específicos da saúde (Turato, 2003/2013; Turato, 2005). A proposta metodológica abrange, portanto, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos e os conhecimentos e atitudes clínico-psicológicas concebidas no campo da psicanálise e da medicina clínica (Turato, 2003/2013).-De acordo com o autor, a metodologia clínico-qualitativa se sustenta em três pilares, circunscrevendo característica que englobam as seguintes atitudes: a atitude existencialista, no qual elementos de angústia e ansiedade presentes na existencialidade do sujeito são valorizados; a atitude clínica, que envolve o acolhimento dos sofrimentos emocionais da pessoa, pela escuta e olhar; a atitude psicanalítica, na qual as discussões dos resultados são realizadas a partir do referencial teórico psicanalítico, considerando-se também os aspectos psicodinâmicos mobilizados.

Deste modo, a metodologia clínico-qualitativa é concebida em seu caráter científico como um meio de conhecimento e interpretação dos significados no campo da saúde, atribuídos pelos indivíduos, sejam eles pacientes, familiares e profissionais da saúde (Turato, 2003/2013). Partindo do paradigma fenomenológico e dos conceitos psicanalíticos como eixos “norteadores para a elaboração e aplicação dos instrumentos auxiliares de pesquisa” (p. 241), esta metodologia propicia a valorização das angústias e ansiedades dos envolvidos, dos aspectos emocionais presentes na dinâmica da relação entrevistador-informante, além da pertinência das preocupações existenciais, das percepções e dos elementos emocionais do próprio pesquisador, uma vez que este é o principal instrumento para a coleta e registro dos dados.

Considerando-se os aspectos fenomenológicos, cabe salientar que na metodologia clínico-qualitativa, capturar os sentidos e significados dos fenômenos implica em considerá-los em sua amplitude, incluindo as percepções dadas pelos sujeitos e pelo observador, assim como as representações – conscientes ou inconscientes – atribuídas por aqueles que vivenciam ou observam os fenômenos (Turato, 2003/2013). Assim, um dos aspectos incluídos neste estudo foram as percepções dadas pelos psicoterapeutas-aprendizes em relação às suas vivências emocionais, mencionadas por eles, ao relatarem os casos durante as supervisões clínicas.

No que se refere a valorização dos elementos psicanalíticos, outra característica pertinente nesta metodologia, o autor ressalta alguns aspectos que permeiam as várias etapas da pesquisa, tais como: na escolha do tema da pesquisa; na delimitação dos referenciais teóricos a serem utilizados; na construção dos instrumentos auxiliares de coleta de dados, privilegiando os elementos transferenciais e contratransferenciais; na fase de discussão dos resultados, por meio da apreensão do não dito pelos participantes e na cosmovisão do investigador, sua forma de compreender o mundo, considerando sua trajetória pessoal e acadêmica. Deste modo, a metodologia clínico-qualitativa constitui-se, portanto, como importante empreendimento científico a ser aplicado nos *settings* de saúde (Turato, 2003/2013).

4.1 AMBIENTAÇÃO E ACULTURAÇÃO

A entrada no campo da pesquisa iniciou-se com uma fase de ambientação e aculturação nas distintas Instituições de Ensino Superior. A ambientação se constitui como um processo de adaptação ao local no qual a pesquisa transcorre, abrangendo o espaço funcional, a rotina e hábitos de trabalho das pessoas envolvidas (Turato, 2003/2013). Nesta etapa, a pesquisadora estabeleceu contato com os coordenadores das respectivas Instituições

coparticipantes e responsáveis técnicos de duas, nos quais os objetivos da pesquisa foram apresentados. Assim, foi possível esclarecer dúvidas e questionamentos advindos, possibilitando a emergência de um bom fluxo de comunicação entre todos os envolvidos.

Além de estabelecer contato direto com representantes da amostra a serem estudados nesta pesquisa, a pesquisadora vivenciou o processo de experiência no ambiente, no qual ficaria imersa para a coleta de dados, possibilitando também adequações ao seu roteiro de entrevista (Fontanella, Campos & Turato, 2006; Turato, 2003/2013). Diante disto, foram realizadas entrevistas de aculturação, com dois estudantes, de duas Instituições de Ensino Superior distintas, que consentiram em participar.

A pesquisadora então realizou novas idas ao campo, a fim de conhecer a provável dinâmica do *setting* onde os dados seriam coletados, assim como as normas e regulamentações das Instituições, estabelecendo os primeiros contatos, para minimizar possíveis resistências comuns à entrada no campo (Turato, 2003/2013).

Nesta etapa os números telefônicos dos supervisores e secretários das clínicas psicológicas foram passados para a pesquisadora, buscando-se facilitar o contato com os supervisores da clínica psicanalítica das respectivas Instituições. A pesquisadora contactou e se apresentou aos supervisores e, de acordo com a disponibilidade de cada um, agendou os dias e horários para a divulgação da pesquisa e convite à participação dos alunos.

Dados referentes a esta fase foram anotados no diário de campo da pesquisadora. De acordo com Turato (2003/2013), nas pesquisas clínico-qualitativas os aspectos tênues presentes na ambientação e aculturação adquirem um sentido específico para os que trabalham nas áreas de psicologia.

4.2 CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA

Neste estudo a amostra caracterizou-se por ser intencional, isto é, a escolha da amostra adveio da dependência direta com os objetivos da investigação, caracterizada também pela deliberação do pesquisador sobre quais sujeitos podem compor o seu estudo (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

O critério de inclusão adotado consistiu em: ser estudantes do nono semestre de graduação em Psicologia, que estivessem realizando estágio em psicologia clínica fundamentada na psicanálise.

O tamanho final da amostra, foi definido pelo fechamento por exaustão, isto é, foram considerados elegíveis todos os participantes que se dispuseram a participar da pesquisa (Fontanella et al., 2011; Fontanella et al., 2008). Participaram deste estudo um total de vinte e sete psicoterapeutas-aprendizes.

O recrutamento dos participantes procedeu-se mediante abordagem em sala de aula, após autorização do docente-supervisor responsável, não ultrapassando o limite de 15 minutos para explicação da pesquisa. Aos interessados em participar foram solicitados os nomes e contatos telefônicos. Posteriormente, a pesquisadora entrou em contato para o agendamento da entrevista, de acordo com a disponibilidade de cada discente.

4.3 CUIDADOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as normas preconizadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/2012 e pelas normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, Resolução nº 510/2016, no que se refere aos cuidados éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), sob número do parecer:

2.469.346 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 81825717.7.0000.5231.

Os dados foram coletados somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), lido pela pesquisadora juntamente com o participante, em linguagem de senso comum, nos quais foram ressaltados os objetivos da pesquisa, assim como suas contribuições para o conhecimento científico, os benefícios e riscos relacionados à mesma.

Foi comunicada ao participante a duração aproximada, assim como a dinâmica da entrevista, o uso do gravador e a preservação do anonimato. O entrevistado foi esclarecido quanto à possibilidade de recusar a responder perguntas formuladas pela pesquisadora, assim como o abandono da entrevista, se assim o quisesse e a possibilidade de se fazer perguntas ao entrevistador, sem que tais posições acarretassem em prejuízo para si.

No processo de transcrição e seleção de vinhetas, todos os nomes dos participantes e das Instituições de Ensino Superior, foram identificados por letras e números, a fim de se preservar o anonimato de ambos. As entrevistas foram distribuídas aleatoriamente, por meio de sorteio realizado pelo programa Excel (disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=i8lp1oGFEE>), com o objetivo de dificultar o reconhecimento das Instituições de Ensino Superior, assim como os nomes de supervisores e psicoterapeutas citados, cujos dados foram codificados por letras, preservando o anonimato.

Foi assegurado aos participantes a assistência imediata, relativas a quaisquer mobilizações advindas das entrevistas semidirigidas, através do contato particular da própria entrevistadora, o qual constava no TCLE e foi reafirmado pela mesma.

4.4 COLETA DE DADOS

As entrevistas semidirigidas se constituíram como instrumento auxiliar para a coleta de dados. Tal recurso, na metodologia de pesquisa clínico-qualitativa, se constitui como um instrumento de pesquisa científica, que gera novos conhecimentos sobre as vivências humanas” (Fontanella, Campos & Turato, 2006). Aspectos ligados aos conceitos psicanalíticos como: a valorização da transferência e contratransferência; a associação livre de ideias; a atenção aos conteúdos latentes (*a posteriori*); assim como a observação do que ocorre no *setting*, em seu caráter dinâmico e existencial, constituem-se como características a serem consideradas nas entrevistas semidirigidas, no método clínico-qualitativo (Turato, 2003/2013).

No presente estudo, as entrevistas foram realizadas nas respectivas Instituições de Ensino dos participantes, fora dos horários das atividades curriculares. A coleta de dados foi realizada no período de abril a agosto de 2018. Algumas entrevistas ocorreram em salas disponíveis nos serviços-escolas; lugares próximos à faculdade, em ambientes nos quais a privacidade era preservada; salas de estudo das bibliotecas e uma foi realizada no local de trabalho da entrevistada. A duração das entrevistas variou entre o mínimo de treze minutos e no máximo de uma hora e treze minutos.

Inicialmente estabeleceu-se um *rapport*, através da apresentação mútua entre entrevistador e entrevistado, buscando-se desenvolver uma atmosfera de confiança entre os envolvidos. Nesta etapa procedeu-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e, após a assinatura do termo pelo entrevistado, iniciou-se a coleta de dados.

As informações pessoais (Anexo B) foram colhidas, iniciando-se sequencialmente a entrevista semidirigida (Anexo C), a qual foi gravada por meio de áudio para posterior transcrição. Tal modalidade de entrevista permite uma flexibilidade também ao entrevistado em assumir o comando, ou seja, ambos os integrantes da relação têm momentos para

direcionar, além de apresentar diversas características que possibilitam ao pesquisador reunir os dados para os objetivos propostos (Turato, 2003/2013).

As reações emocionais da pesquisadora, os aspectos do comportamento global do entrevistado (verbais e não verbais) e da dinâmica da entrevista foram registrados no diário de campo, após cada entrevista, considerando que podem acontecer fenômenos no observador relacionados às manifestações do entrevistado (Turato, 2003/2013).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas, transcritas na íntegra, integraram o *corpus* da pesquisa. Os dados foram analisados pelos procedimentos da análise de conteúdo, o qual se constitui como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 1977/2016), muito utilizada em pesquisas qualitativas (Turato, 2003/2013).

A análise dos dados foi realizada em três etapas:

- 1) Preparação inicial do material: as entrevistas gravadas foram transcritas pela pesquisadora e salvas em arquivos do computador, passando por um processo de editoração. Cada entrevista foi identificada por letras e números, utilizando a letra E e os números de um a vinte e sete;
- 2) Pré-análise: nesta etapa as entrevistas transcritas foram lidas diversas vezes, com atenção flutuante, de forma semelhante à atitude de um psicanalista, que se deixa invadir “por impressões e orientações” (Bardin, 1977/2016, p. 126). Nestas leituras, a pesquisadora estabeleceu os contatos iniciais com as falas dos entrevistados, buscando apreender os conteúdos latentes. Nesta etapa também foi realizada a escolha dos documentos que iriam compor o *corpus* da análise de conteúdo, seguindo algumas regras, tais como: a regra da exaustividade, com o objetivo de “esgotar a totalidade do texto” (Bardin, 1977/2016, p. 42); a regra da representatividade, na qual a amostra do

material compôs “uma parte representativa do universo inicial” (p. 127); a regra da homogeneidade, no qual a seleção dos documentos se baseou em critérios precisos de escolha, não apresentando demasiadas singularidades e a regra da pertinência, nos quais a escolha do *corpus* da análise de conteúdo foram pertinentes aos objetivos da análise. A partir daí o material foi preparado e codificado, isto é, os dados brutos foram transformados e agregados, permitindo-se a descrição dos elementos pertinentes do conteúdo. A técnica de codificação compreende o recorte, a escolha das unidades de registro e do contexto, compostas por frases, palavras isoladas ou em conjunto, que indicaram relevância para a análise (Urquiza & Marques, 2016). A partir dos objetivos do estudo, a pesquisadora elencou as diversas vivências emocionais relatadas pelos participantes. Estes elementos, com seus respectivos significados, foram dispostos em tabelas, feitas para cada participante, as quais foram utilizadas apenas para melhor organizar e operacionalizar a análise dos dados, posteriormente, as vivências emocionais detectadas foram agrupadas em unidades de registro e de contexto. Os conjuntos de recortes foram reagrupados, considerando-se os critérios temáticos.

- 3) Categorização dos dados: procedeu-se a classificação dos elementos que constituíam um conjunto, seguindo os critérios de repetição, correspondente aos aspectos em comum e o critério de relevância, pela emergência de conteúdos pertinentes sem que, necessariamente, tenham apresentado alguma repetição no conjunto dos relatos. Tais critérios não buscam uma regularidade dos elementos surgidos no material, mas se destina a captar a essência do fenômeno que poderá, possivelmente, tornar-se uma categoria (Turato, 2003/2013). Nesta etapa, de acordo com alguns autores (Bardin, 1977/2016; Urquiza & Marques, 2016), determinados critérios devem ser considerados, para a elaboração de categorias boas: a exclusão mútua, no qual cada elemento não pode existir em outra categoria; a homogeneidade, no qual o princípio

de exclusão mútua depende que as categorias sejam homogêneas; a pertinência, onde cada categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material escolhido e pertence ao quadro teórico definido; o critério de objetividade e fidelidade, cuja atenção na precisão dos índices de codificação, devem ser aplicados da mesma forma nas categorias e o critério de produtividade, estabelecendo que “um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis em índices de inferências, hipóteses novas e em dados exatos” (Bardin, 1977/2016, p. 150).

4.6 VALIDAÇÃO

Os resultados da pesquisa passaram pela validação externa entre os pares, que se constitui em um processo no qual pesquisador e interlocutores acadêmicos debatem e fornecem considerações, favoráveis ou não, sobre os achados da pesquisa (Turato, 2003/2013).

Tal processo se efetivou em diferentes fases: por meio da supervisão da orientadora da pesquisa; da apresentação e discussão dos achados pelos pares do grupo de pesquisa, no Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI/UEL), composto por docentes e mestrados.

5 RESULTADOS

5.1 Características dos participantes

Participaram deste estudo vinte e sete alunos, que cursavam o primeiro semestre do último ano de graduação do curso de Psicologia, que realizavam atendimentos psicoterapêuticos nos serviços-escolas, localizados em quatro Instituições de Ensino Superior de Londrina. Do total de participantes, vinte e três estudantes eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino, cujas idades variaram de 21 a 39 anos. A Tabela seguinte apresenta a caracterização da amostra, no qual a distribuição dos participantes foi realizada através de sorteio pelo programa Excel.

Tabela
Características dos participantes.

Participantes	Idades	Quantidade de pacientes atendidos	Atendimentos realizados
E1	37	1	9
E2	24	6	39
E3	23	4	30
E4	38	3	22
E5	29	5	30
E6	22	3	30
E7	23	6	50
E8	23	9	50
E9	39	3	7
E10	23	11	65
E11	22	1	1
E12	21	1	4
E13	23	1	5
E14	39	3	30
E15	34	4	7
E16	25	5	30
E17	26	2	3
E18	23	12	60
E19	24	3	30
E20	26	1	6
E21	27	3	4
E22	22	1	5
E23	23	8	31
E24	26	4	5
E25	22	8	20
E26	33	3	18
E27	23	8	55

Nota. Fonte: Dados pessoais de identificação dos entrevistados

5.2 Categorias

As categorias a seguir retratam elementos significativos presentes na experiência dos estagiários, no percurso dos atendimentos clínicos.

Foram elencadas cinco categorias, cujos temas representaram os principais aspectos relativos às vivências emocionais dos estudantes de psicologia, nos atendimentos em serviços-escolas, os quais serão apresentados, acompanhados das vinhetas dos entrevistados.

Para maiores esclarecimentos, alguns elementos presentes nas falas dos entrevistados, tais como ênfases na entonação da voz e suspensões nas frases, estarão sinalizados nas vinhetas, respectivamente, pelo uso do texto em negrito e pelas reticências.

5.2.1 Emoções vivenciadas durante os atendimentos clínicos

A experiência dos estagiários suscitou relatos da presença de ansiedade, medo, insegurança e nervosismo, sentidos nos atendimentos. As vinhetas seguintes ilustram exemplos destas categorias:

5.2.1.1 Ansiedade

Em relação a esta vivência emocional foram elencadas as seguintes vinhetas, correspondentes às falas dos entrevistados:

*“Eu também fico um pouco... é... ansioso a princípio com o que a pessoa fala, sobretudo em relação à questão da atenção flutue... flutuante. Que que eu vou... que que essa pessoa **precisa** que eu foque.(...) Acho que a gente fica **tão** focado, e essas salas por serem todas brancas e a pessoa tá perto, as vezes eu sinto... vai me dando umas... eu fico um pouco tonto...” (E6)*

“No meu primeiro atendimento eu tava tão ansiosa, que eu tava torcendo que o paciente faltasse (risos), entendeu?” (E7)

“Eu acho que a criança ela traz muita coisa, só que a gente tem que levar alguma coisa também pra ela. A gente tipo... ah, enfim... alguma coisa pra ela fazer. Então eu fico muito pensando nisso assim, as vezes eu até percebo que fico um pouco presa nisso, no que que eu vou levar, que que... E se essa brincadeira ela não gostar, então tem uma ansiedade, gera uma ansiedade também” (E9)

“Durante os primeiros... eu me senti muito perdida (risos), meio assim, como é que eu me sento, como é que eu me **comporto**, como é que eu **fico**, será que eu tô fazendo muito cara de espanto, bem ansiosa assim” (E10)

“Ah, no começo né, como eu relatei, bem aquela ansiedade, aquela preocupação com o manuseio né, das técnicas” (E16)

“Ansiedade... é... um pouquinho assim, quando a paciente tava falando eu tava prestando atenção no que ela tava falando, mas estava meio que assim: ai meu deus, será que eu consigo, né... será que.... Já fiquei pensando, já na... como que eu iria.... É, porque é... como ela já era diagnosticada né, pelo psiquiatra e já num caso patológico assim específico nas patologia... ela **troux**e as patologias dela né, e toma medicamento e tal. Então eu já fiquei meio...**preocupada** né, se eu iria conseguir né” (E19)

“Eu fico muito preocupada do jeito que eu vou ficar com as mãos, se eu vou ficar, como eu vou ficar com as minhas pernas, se vou cruzar as pernas, se eu vou mexer os dedos (respira). Então, no começo foi muito difícil” (E21)

“Eu fui atender um pai e eu ia atender uma moça, uma adolescente de 15 anos e justo na minha cabeça havia um pai pra mim... Eu pensei assim...: se fosse com a mãe seria mais fácil” (E25)

5.2.1.2 Medo

O medo foi relatado pelos entrevistados como uma vivência emocional presente nos atendimentos clínicos, de acordo com as seguintes vinhetas:

*“É um paciente que eu tô atendendo agora... ele faz **muita coisa**, que entra em conflito do que eu acho certo e errado. Então assim as vezes ele traz coisas pra mim que minha vontade é falar ‘cara, que que você tá fazendo!?’ , porque eu julgo tudo errado, só que as vezes eu saio da sessão meio que pensativa com isso, com medo, as vezes, não sei o que que ele tá esperando de mim, não sei qual que é a intenção dele comigo...” (E7)*

“As vezes, o sentimento que as vezes eu tenho é que... As vezes a pessoa com quem eu tô... É...uma moça né e aí ela... muitas vezes ela me fala algumas coisas e eu não consigo fazer associação com nada assim. E aí fica aquele silêncio. E é um silêncio não só... ele passa um pouco daquele silêncio terapêutico. Ele passa, tipo assim, no sentido de que eu não sei o que falar pra ela! Então isso me dá um certo medo de acontecer durante os atendimentos” (E8)

“Ah, eu ficava com medo de atender, era um desafio assim... que, que eu... e daí ela pediu pra ser uma pessoa da psicanálise. Aí eu pensei, meu deus e se eu não souber nada de psicanálise!!” (E9)

“É o medo do, de não saber o que fazer né, medo de não saber conduzir uma sessão né, de não saber, é... fazer as interferências na hora certa né, as questões na hora certa” (E13)

“É... com relação à essa minha... à essa moça, é... as primeiras sessões eu fiquei com um pouco de medo, porque ela tem uma postura mais... ah, mais desafiadora mesmo. Eu tinha um pouco de receio assim, ah... ela vai surtar aqui na sala, se eu falar qualquer coisa, ela vai vim me bater” (E17)

*“Aí eu entrei em crise assim, eu chorava muito, eu tav...eu tava com muito medo dela se matar e eu falava ‘meu, se ela se matar vai ser culpa minha...’ sabe, eu fiquei muito com isso na cabeça. E aí eu ia dormir e acordava pensando nela, dormia e acordava pensando nela. Eu também, eu peguei um caso de um neurótico obsessivo grave e eu fiquei durante a sessão inteira muit...**sentindo muito incomodada, muito intimidada** sabe, muito ruim... Eu não consegui conduzir a sessão, fazer pergunta pra ele, fiquei mais... parada, mais tipo quieta e deixei ele conduzir a sessão” (E20)*

“Eu não sei explicar, mas é... eu tenho muito medo de fazer as coisas assim... ai, vai que eu faço alguma coisa errada, sabe?” (E24)

“Os primeiros contatos você sente bem... Como é algo novo você se sente com receio né... com medo...” (E26)

5.2.1.3 Insegurança

A insegurança foi referida pelos entrevistados, para se reportarem à vivência dos atendimentos clínicos, conforme exemplificado abaixo:

“A insegurança mesmo foi com o segundo atendimento com a criança né, que tava ali, só eu e a criança” (E4)

“É difícil encontrar uma palavra pra isso, mas.....da pessoa entender que você é um estudante, que você tá ali aprendendo, mas que....não é desconsiderado aquilo que você fala, sabe, que vem do professor, que é extremamente capaz de tá ali te auxiliando e que você não é uma coisa crua assim, que, que tem um saber ali, então eu acho que o mais difícil é o paciente assim olhar ali pra você como um profissional mesmo” (E5)

“De início a gente, a gente sente aquela insegurança de nossa, mas será que eu vou dar conta, mas será que eu vou dar o andamento correto é, desse... desse processo né? Será que o paciente... vai gostar de mim?” (E16)

*“A gente tem a dúvida assim, de... tem a dúvida assim de até... **qual** o lugar que eu sento né, porque se os dois lugares são iguais daí... né, assim, tecnicamente falando, se tem um lugar específico. Então a gente tem todo essa... essa dúvida né, essa insegurança, se eu tô fazendo do jeito **correto**, até porque na clínica tem a, tem o manual né” (E19)*

“É... no começo assim eu fiquei bem... acho que bem insegura, porque é algo novo né. Então, a gente não tem noção de como vai ser, mas a clínica é isso... tudo surpresa” (E26)

5.2.1.4 Nervosismo

Os entrevistados relataram a presença do nervosismo, vivenciados nos atendimentos clínicos. As vinhetas a seguir ilustram estas situações:

*“Essa paciente que foi, que encerrou, ela é uma estudante de quinto ano de psicologia. Quando eu atendia ela eu ficava **muito nervosa**, porque eu me sentia um pouco testada. Não que ela fazia isso comigo, não acho que ela fazia, mas eu sentia que eu ia pro atendimento e eu ia ser testada” (E9)*

*“A gente fica meio sem saber o que fazer, saber como agir né, o nervosismo, todas as coisas que tem que preencher, você fica meio perdido inicialmente assim. Você tá **tão nervosa** que você não tá conseguindo prestar muita atenção no que o paciente tá te passando, você tá preocupado com a sua angústia ali e não com a angústia dele né” (E10)*

“E.....eu fico nervoso, porque assim eu quero, aquela afobação do senso comum... a gente quer ver melhorar logo a vida da pessoa, tirar logo aquela demanda dali. Mas a clínica está me ensinado isso... que a gente tem que ser um passo de cada vez” (E14)

*“No início a gente fica nervoso né, normal, fica meio sem saber se...se vai dar conta, se não vai né, como que.....como que a gente vai.....porque por mais que a gente tenha a parte teórica, aí chega ali na hora, você fica meio em dúvida né, se você ...tá, ou não né, se você...tá **preparado**, ou não né, se você realmente vai conseguir” (E19)*

“Eu já fiquei muito nervosa (sorrindo), porque eu não sabia. Era o meu primeiro contato com alguém e aí ela já tava assim, falando que as vozes tavam falando com ela naquela hora e que o barulho de alguém cortando a grama a quilômetros tava incomodando e tal. E aí eu fiquei meio assim, sem saber o que fazer” (E23)

As vivências relatadas pelos psicoterapeutas-aprendizes geraram duas subcategorias, presentes em todas as emoções relatadas, considerando: o início da prática clínica e os aspectos teórico-metodológicos.

A partir do encontro com o outro, os psicoterapeutas-aprendizes se defrontam com o inesperado e uma série de vivências emocionais emergem, suscitando diversos questionamentos. Assim, o impacto sentido nos primeiros atendimentos, assim como dúvidas relacionadas ao conhecimento teórico adquirido ao longo dos anos, dificuldades quanto ao manejo clínico, considerando elementos relativos ao enquadre, à atitude clínica, representam para a maioria dos entrevistados, as principais preocupações relacionadas ao atendimento clínico.

5.2.2 Identificação com as vivências emocionais do paciente

Ao discorrerem sobre as vivências emocionais presentes nos atendimentos clínicos os psicoterapeutas-aprendizes referiram-se à identificação de aspectos do paciente com algumas características deles próprios e identificação com as figuras parentais dos pacientes, os quais podem ser observados nos seguintes relatos:

*“Eu me **vejo** um pouco na história dela, entendeu? Mas eu tento... diferenciar que ...ela é ela, eu sou eu, não deixo misturar as coisas, mas eu não... Eu fico, tento manter tranquilidade”. (E2)*

“Ela começou a falar e eu tentando manter a postura né. E ela falando e falando... E eu: gente....esse sou eu falando, sou eu!! E realmente, é muita coisa no discurso dela, meu, e eu pensando... X, sossega, não vai contratransferir...” (E6)

“É... e também de uma menina, que ela só foi em uma sessão e a história dela era muito parecida com a minha! Muito parecida com a minha! E aquilo...me, me deixou inculcada durante semanas!!” (E7)

*“Ah, tem coisas que tipo, parece que... que nem eu atendo a criança... eu vejo, **eu me vejo nela às vezes**, então tem muitas coisas que tipo...ah, me fazem pensar, me mobilizam, tipo coisas da minha infância, que às vezes eu vejo nela um pouco” (E9)*

*“Com ele também, eu tô na décima sessão. Hoje já é a décima sessão e **somente na última supervisão** que eu fui enxergar coisas minhas nesse atendimento” (E13)*

*“Na prática eu, alguns dias eu acho **bem** cansativo sabe assim, porque....até esses dias eu falei mesmo pra minha supervisora... ‘ai professora eu tô enf... eu fiquei **enfadada** sabe de ouvir aquela mesma história...’. Mas aí eu comecei a levar pra **minha análise** né, então daí é que as coisas vão fazendo o movimento completo né, daí você vai recebendo da clínica e eu vou levando pra minha análise, daí eu*

identifiquei assim, é coisas que eu não tinha é percebido sozinha e foi a minha analista que me ajudou a perceber assim” (E18)

*“Inclusive teve um **outro** atendimento, que foi no segundo atendimento que eu vim pra atender ela, que eu cheguei num ponto, que eu vomitei antes do atendimento (fala mais baixo). E foi uma sensação **bem...** desprazerosa, bem, bem ruim mesmo. Eu sabia que, que era uma coisa interna minha, que sentia em relação ao atendimento” (E22)*

“A que eu tô atendendo de sexta feira eu saio daqui assim, pesada mesmo. Então... eu... tem muita coisa que... me mexe na história dela. Então... me afeta bastante. Agora o outro já não tanto. Eu não sei se é identificação, mas é... eu acho que é identificação talvez” (E24)

“Eu acho que durante as sessões da clínica a gente faz bastante é....comparação assim, as vezes com a sua vida sabe... (risos). Aí você vai ... é... internalizando aquilo: nossa... na minha vida, ou... fazendo uma comparação: nossa, a mãe dela parece com a minha mãe. Por exemplo, tem alguns casos assim dos meus colegas que... ai, eu fico pensando que minha mãe é igual... ou eu fico pensando, meu pai é igual ao pai dela” (E26)

Ao ouvirem as histórias de seus pacientes, os psicoterapeutas-aprendizes reconhecem partes de si mesmos, recordam-se de suas histórias enquanto filho(a) ou da criança/adolescente que foram, parecem reviver no tempo presente, experiências que se assemelham às próprias, onde o passado retorna, o qual acaba gerando confusões e ambiguidades na relação psicoterapêutica. Compreendendo a experiência do encontro clínico pelo foco intersubjetivo, podemos notar que os psicoterapeutas-aprendizes não se isentam dos efeitos deste encontro.

5.2.3 Percepção das próprias emoções

Ao serem questionados sobre as emoções percebidas em si mesmos, observou-se que a maioria dos psicoterapeutas-aprendizes demonstravam dúvidas e confusões sobre as próprias emoções, explicitados nos seguintes fragmentos abaixo:

“As emoções? (fica pensando....) Hum....sei lá, será que...empatia? Eu tenho empatia pelos outros, eu acho que isso atrapalha um pouco. Como que era a pergunta mesmo?” (E1)

“Ah, eu acho que não tem emoção específica assim, até porque....é...tem abordagens que são um pouco mais diferentes quanto a isso... Mas eu não sei, eu, eu tento compartilhar assim essas emoções do...mais do que vem do paciente, não algo que surge em mim, até porque....você se permitir sentir pelo outro no momento como terapeuta não vai ajudar” (E5)

“As emoções... (pensa e dá um suspiro). Bom, que eu percebo em mim? Tem hora que eu tô... fico triste junto. Às vezes eu fico, sinto raiva, que daí as vezes eu não sei se é raiva do paciente ou se, se ele tá com raiva e tá transmitindo aquilo pra mim, né ele passando assim” (E10)

“As emoções que eu sinto...? As emoções que eu percebo em mim mesmo... Olha..... essa pergunta que..... eu acho um pouco difícil de responder porque... não tinha parado pra pensar nisso, as emoções que eu possa estar sentindo na clínica.....mas.....às vezes....eu acho que eu fico sem reação, eu acho que eu sssssint.....não sei se eu consigo perceber. Eu acho que.....eu acho que essa não dá....não consigo te responder” (E14)

*“...Ai... eu... eu acho assim, é tip..., é eu já falei né, da... um pouco dessa irritabilidade assim... Mas eu fico com, é... eu me sinto, eu me **compadeço** sabe. Eu não sei se, se existe outro nome pra usar, eu fico com... **eu sinto dó!**. Eu não tinha*

*me dado **conta** desse...de que eu tava sendo afetada, igual eu te falei. Eu tive uns sonh...eu tive uns sonhos assim...relacionados à criança, à família e daí eu levei na minha análise” (E18)*

“(6 s).....É..... agora, assim, eu... não fico tão, não tenho tanta assim... é... qual que é o final da pergunta mesmo?” (E19)

“Como assim? No momento ali do atendimento?... Mas em que sentido? ... no... no geral? Se eu tenho alguma emoção quando a pessoa tá falando alguma coisa? É isso? ” (E21)

“Fico muito focada naquele momento, então... nun... nunca tinha parado pra pensar muito no que eu sinto lá naquela hor... naquele momento, porque parece que eu fico muito ligada no que ele tá trazendo assim...”. (E27)

Por meio das suspensões nas falas, representadas pelas reticências e pelos questionamentos acerca da pergunta que era dirigida aos entrevistados, percebe-se uma vivência intensa e, de certa forma, desconcertante nos psicoterapeutas-aprendizes ao serem convidados a abordar as emoções presenciadas em si mesmos. Falar sobre elas parece implicar em um olhar sobre si mesmos, em um contato com o próprio psiquismo, em incluírem-se na relação psicoterapêutica.

5.2.4 Supervisão e vivências emocionais

Esta categoria refere-se à supervisão, compreendida como um espaço com diferentes funções, vinculadas à aprendizagem, ao acolhimento e à partilha das emoções vivenciadas nos atendimentos clínicos. Os relatos dos entrevistados abaixo exemplificam esta compreensão:

5.2.4.1 Aprendizagem

O momento da supervisão enquanto um espaço de aprendizagem, na compreensão do que acontece nos atendimentos clínicos, é referido pelos seguintes entrevistados:

“É extremamente importante porque daí ele tá me ensinando né!!! Ele viu o que eu não vejo, ainda não consigo ver! Então é um aprendizado assim muito grande!”

(E4)

*“Você de fato começa a entender várias coisas na prática e... **com a ajuda dos supervisores que vão trazendo a teoria.** Daí enquanto você traz a prática é.... dá pra... dá pra ter um outro entendimento, digamos assim. Não que você vá virar um expert em psicanálise, mas eu acho que é um caminho muito bom pra você ir entendendo”* (E12)

“Quando eu saio da supervisão eu saio muito aliviada, nossa.... assim com o pensamento... uma sensação de aprendizado, de que você tá fazendo algo bom”

(E25)

*“O professor é bem calmo, ele consegue passar pra você o que que tá acontecendo na clínica. Tenta passar pra você **como** que você vai entendendo tudo aquilo que tá acontecendo, cada palavra dela, cada...reação que ela faz, o jeito que ela fala, então ele explica **muito** bem. Eu acho super uma salvação, um alívio, vir na supervisão. Ele também passa vários textos, a gente vai lendo em casa, vai se apri... aprimorando mais né”* (E26)

5.2.4.2 Acolhimento

Ao se referirem às supervisões os entrevistados citaram o acolhimento para justificar a forma como se sentiam, como ilustram as vinhetas abaixo:

“Eu acho que a supervisão assim é essencial... pra gente desabafar, porque ali a gente pode errar, aí se você falou alguma coisa errada ali o professor vai te corrigir. Então pra mim é essencial!” (E2)

“A **minha** própria supervisora, **nisso** eu acho que ela tem uma sacada muito legal que, mesmo sendo psicanalista, ela é muito acolhedora, ela faz a gente trabalhar essa questão dos sentimentos. Pra mim a Y (supervisora) é uma figura **muito** importante sabe... Então eu escolhi ela como supervisora, acho que foi no...ah...sétimo período, eu falei ‘não, eu quero você como supervisora’, ela já sabia que eu ia escolher ela como supervisora... Mas é porque rola muita transferência, eu acho que ela me **entende** muito bem, sabe como que eu funciono, como que eu... opero e isso ajuda bastante” (E6)

“Então assim, eu acho que ali é o momento de eu falar. Olha não... é... não tava legal aquele dia, é... não consegui fazer isso, ou poderia ter feito de um outro jeito. Eu acho que é super importante assim na supervisão falar sobre isso porque você... fala sobre aquilo que você viveu no atendimento” (E8)

“É... eu acho, **muito, muito importante** que a gente tenha esse, esse suporte. Eu acho, como eu disse, a supervisão excelente. No meu caso tenho uma supervisora, não sei como são o dos outros casos né, a gente ouve muito superficial, mas a minha supervisora é muito atenciosa com relação a isso. É, semana passada a gente teve uma situação que começou falando dessa minha e uma companhe..uma companheira de estágio já pegou o gancho, ela tava assim numa situação **muito angustiante** e eu acho que deveria ter um atendimento **diferenciado**, alguma coisa mais **intensa** sabe?! Talvez eu esteja fazendo confusão com a própria terapia (risos)” (E13)

*“É o momento que eu me sinto segura. Na supervisão, talvez por isso que eu me sinto bem, porque é o momento onde eu... posso falar e também não tem aquela preocupação de tá certinho, de... Então falo do jeito que vem (!), do jeito que... sabe, não precisa **filtrar** e é o momento que você consegue receber bastante, então eu aproveito bastante, eu gosto! ” (E27)*

5.2.4.3 Partilha das emoções vivenciadas

A supervisão, compreendida como um momento de partilha das vivências emocionais com o professor e demais colegas do grupo, emerge como elemento importante nas falas dos entrevistados, conforme as seguintes vinhetas:

*“Acho que é importante você ter um **lugar** pra falar sobre... a sua clínica, pra falar sobre os seus atendimentos, porque a gente lida com pessoas e nós não somos máquinas. Nós temos sentimentos, nós temos emoções e pra um psicanalista é sempre aquela questão de manter distanciamento. Eu acho que esse distanciamento às vezes é custoso, no sentido de ser doloroso o tanto que você **sofre** pra conseguir manter essa postura e eu acho que na supervisão é um momento que a gente consegue mostrar o lado humano” (E6)*

*“A gente vê que todo mundo tá passando pela mesma coisa. Que não é só a gente que tá ali com aquele sentimento às vezes de não saber o que fazer, aquele sentimento de **raiva**, de tristeza assim ao mesmo tempo né. Que todo mundo ali também tá tendo seus conflitos ali com cada caso né, e a gente podendo partilhar, ali todo mundo junto né, todo mundo se ajuda né” (E10)*

“Quando a gente compartilha e partilha isso na supervisão, os sentimentos e as emoções, vc tem um terceiro ali nessa história que está observando tudo, que tá ali... e diz... olha você pode ter feito isso... tá errado... vc pode melhorar nisso...

Então eu acho que assim... é muito importante trabalhar mesmo essas emoções e sentimentos da supervisão, porque o professor, ele vai te ajudar nesse sentido”
(E14)

“A minha colega atendeu lá uma moça, também falou que se identificou muito com a história de vida dela e segurou muito pra não chorar... Aí ela chorou na supervisão... Eu achei assim rico, porque é... pode passar né, não só o contar o caso, falar na supervisão, você pode falar o que você sentiu também e até se expõe, ela chorou....foi muito legal” (E25)

Os dados revelam a importância da supervisão no processo de desenvolvimento dos futuros profissionais. Este espaço se constitui também como o momento que possibilita aos psicoterapeutas-aprendizes falar abertamente sobre como se sentem durante os atendimentos clínicos.

Ao falar sobre a supervisão os entrevistados demonstravam expressões faciais de alívio e alegria, as quais se estendiam na relação deles comigo. Seus olhares pareciam sorrir enquanto discorriam sobre esta experiência vivida entre eles, supervisores e seus colegas. Alguns relaxavam o corpo e outros, pelo contrário, pareciam demonstrar sensações desagradáveis (franziam as sobrancelhas, o corpo ficava tenso), ao falarem sobre a difícil experiência com os pacientes nas supervisões, onde em alguns casos, o que emergia na relação parecia ser um misto de dor, raiva e tristeza.

5.2.5 Questionamentos quanto ao futuro profissional

A experiência do estágio convoca os alunos a ocuparem um novo papel, de futuros profissionais e uma série de inseguranças relacionadas ao exercício da função no contexto clínico emergem. Estes aspectos podem ser observados, a partir das seguintes vinhetas:

*“Teve momento que até eu pensei ‘será que é isso o que eu quero pra minha vida?’, porque teve momento no curso que meu discurso era ‘eu quero ser clínico’ e agora: será que eu **quero** mesmo? Porque são 50 minutos que eu saio destruído”*
(E6)

*“Eu vejo que a psicanálise ela é muito mais difícil do que se imagina. A psicanálise é um estudo constante e eu acho que talvez isso tenha me feito é... parar um pouco pra pensar até esses atendimentos mesmo. Eu acho que o principal fator é me dar conta de que daqui a pouco vai ser eu (!). Então assim, eu vou me considerar uma psicóloga, eu vou ter o meu CRP e eu preciso **sustentar** esse, essa minha profissão. Então eu acho que isso me fez... amadurecer. Eu preciso... né, resolver essas questões que eu não tô, que eu não tô sabendo resolver, então eu acho que isso me fez, o, o **término** me fez assim acordar um pouco pra... pra vida assim, pro que eu realmente preciso fazer”* (E8)

“A clínica é uma prova de fogo da graduação, tipo você chega aqui, você se descobre tipo, é clínica que eu quero, não é clínica, estou pronto, não estou. O, o emocional ele está sim equilibrado, não está. Então é um conhecer-se bem mais amplo!!!” (E16)

“Eu... eu me sinto assim que a gente ainda tá naquela coisa de aluno, de ter medo, de ter dúvida e tal e eles colocam, nos coloca numa posição de... numa posição que, no caso eu ainda não sinto como ele me vê né...” (E19)

*“Eu comecei a me questionar: será que é isso que eu quero, será que eu aguento uma rotina tão pesada assim todo dia? Porque as pessoas não vão pra clínica pra falar bonitinh... coisas bonitinhas sabe, ‘meu, será que eu vou aguentar isso, tipo **todo dia, o dia inteiro**, só ouvindo coisas tão pesadas, será que é isso que eu quero,*

não é isso? 'Aí eu comecei a surtar, eu falei: se não é isso que eu quero, o que que eu quero?'" (E20)

As interrogações, ênfases, gradações e as antíteses presentes nas falas dos entrevistados parecem revelar intensos conflitos, vivenciados pelos efeitos do trabalho com o próprio objeto de estudo da psicanálise, o inconsciente. Observa-se o estreito entrelaçamento existente entre os fenômenos transferenciais e contratransferenciais, pilares de todo o processo psicoterapêutico psicanalítico.

6 DISCUSSÃO

Para expor a discussão deste estudo escolho o caminho de colocar-me em primeira pessoa. Esta opção advém da minha tentativa de transpor a vivência da experiência desta pesquisa, momentos que foram marcados não somente por palavras, mas também por gestos, expressões, imagens e sensações. Colocar-me então em primeira pessoa me permite ampliar certas fronteiras, a olhar os dados e tratá-los não como fatos estanques e distantes, mas como um material aberto para elaborações.

Tal opção visa possibilitar uma comunicação mais pessoal e, para tanto, reporto-me a dois estudiosos conceituados. O primeiro é Turato, o qual advoga o uso em primeira pessoa nas pesquisas qualitativas, enquanto possibilidade de o pesquisador assumir seu “eu pensante” (Turato, 2003/2013, p. 510). O segundo autor é Mezan que, em um traquejo delicado no trato com as palavras, defende que o estudioso assuma sua própria subjetividade na escrita acadêmica, seja esta um texto analítico, estudo de caso, uma tese ou dissertação (Mezan, 1998). Assim, permito-me transitar nas ressonâncias desta experiência, reconhecendo minhas limitações conscientes e inconscientes, tentando trazer um pouco das vivências neste intercâmbio emocional.

A apresentação da discussão se delineará pelo ordenamento das categorias elencadas nos resultados. Neste presente estudo irei me referir ao estudante de psicologia utilizando o termo psicoterapeuta-aprendiz. Porém, respeitando as terminologias adotadas pelos autores no referencial teórico, outras serão utilizadas quando por eles mencionadas, tais como: estagiário, aluno, psicólogo em formação. Além disso, em alguns momentos farei alusão a algumas vinhetas apresentadas anteriormente nos resultados, no qual o entrevistado e o número da página onde a vinheta foi citada constará entre parênteses, a fim de facilitar a leitura. Conforme informado anteriormente neste estudo o termo vivências emocionais ou emoções

vivenciadas foi escolhido para ser utilizado. Entretanto, no referencial teórico, algumas pesquisas mencionam a palavra sentimentos e/ou emoções, cuja terminologia será respeitada.

Adentrar no universo das vivências emocionais dos psicoterapeutas-aprendizes implicou para mim, enquanto pesquisadora, uma experiência cujas dimensões abarcaram caminhos imprevisíveis. Ao escutar a trajetória percorrida pelos participantes na prática clínica pude vivenciar na pele, no corpo, as vicissitudes inerentes do trabalho com o inconsciente, na medida em que fui me permitindo vivenciar a complexidade de uma relação psicoterapêutica ainda em construção.

Quando questionados sobre a experiência clínica, observei que, independentemente de estarem iniciando os estágios ou já terem passado por eles em anos anteriores, a maioria dos entrevistados reportaram-se ao começo da prática. Tal fato é corroborado pela literatura, no qual o início da prática clínica, considerado como um rito de passagem, inaugura um importante momento na vida do estagiário, mobilizando sentimentos diante do impacto pelo desconhecido (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000; Barbosa et al., 2015; Gallo-Belluzzo et al., 2013; Lopes & De Castro, 2018; Poletto, 2003; Ribeiro et al., 2008).

Percebia também uma certa agitação interna, expressas pelas falas e por meio de toda uma postura corporal e facial - com gestos rápidos, movimentos agitados ou de contenção, conforme os relatos apresentados – que pareciam simbolizar exatamente a vivência sentida pelo encontro com o outro. Tal fato marca um fenômeno significativo, pois o encontro que a clínica psicanalítica propõe não corresponde somente àquele representado pela figura do paciente com a sua história, mas sobretudo, com a história dos múltiplos personagens que compõem a relação, incluindo a si mesmos. Ao mesmo tempo eu sentia a agitação correspondente no início das minhas entrevistas, um misto de ansiedade e expectativa, demonstrando o quanto eu também estava imbricada nesta teia de relações. Esta confusão e indiscriminação entre sujeito e objeto é descrita no enfoque kleiniano por Ribeiro (2016), ao

discorrer sobre o conceito de identificação projetiva, o qual poderia, de certa forma justificar as emoções por mim vivenciadas.

Estes elementos presentes na vivência das entrevistas integram as peculiaridades de um estudo clínico-qualitativo e da própria pesquisa em psicanálise, nos quais os aspectos transferenciais e contratransferenciais adquirem importância nesta metodologia de pesquisa (Turato, 2003/2013). Deste modo, a minha implicação subjetiva, desde a escolha pelo tema de estudo, minha trajetória pessoal e acadêmica, a presença enquanto observadora e participante da pesquisa, assim como o cuidado aos aspectos psicodinâmicos envolvidos durante a entrevista, integraram a arquitetura deste estudo.

Neste desenrolar, eu sentia que a travessia dos psicoterapeutas-aprendizes pela clínica, comparava-se aos primeiros passos de uma criança diante da descoberta do mundo: ao mesmo tempo encantador, assustador e desconhecido. E eu me sentia como alguém que precisasse estar junto, escutando e acolhendo a vivência emocional deles. A forma como cada um trazia sua experiência, partindo de uma prática ainda incipiente, demonstrava uma vulnerabilidade diante do incerto, no qual uma série de emoções eram despertadas. Observei também que a recorrência a justificativas teórico-metodológicas parecia ser o norte pelo qual se sustentavam, diante das vivências emocionais que emergiam da experiência clínica e das questões disparadoras utilizadas na entrevista.

6.1 EMOÇÕES VIVENCIADAS DURANTE OS ATENDIMENTOS CLÍNICOS

Os dados coletados demonstraram a presença de ansiedade, insegurança, nervosismo e medo, na experiência dos atendimentos clínicos, os quais convergem para a literatura apresentada neste estudo (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000; Barbosa, et al., 2015; Cambuí & Ribeiro, 2014; Galo-Belluzzo et al., 2013; Lopes e De Castro, 2018; Poletto, 2003; Ribeiro et al., 2008). Embora o estudo de Cambuí e Ribeiro (2014), aborde especificamente o

atendimento de casos considerados difíceis ou limítrofes, todos contemplam a presença destas vivências emocionais no momento dos atendimentos iniciais.

Neste presente estudo, as emoções que predominaram na vivência dos atendimentos clínicos dos estagiários foram a ansiedade e o medo, seguidos pela insegurança e nervosismo. Em cada uma destas categorias foram destacadas duas subcategorias, referentes aos primeiros contatos (ou contatos iniciais) e aos aspectos teórico-metodológicos, os quais serão analisados a seguir.

6.1.1 ANSIEDADE

Quanto aos primeiros contatos, as ansiedades relatadas pelos estagiários referiam-se às expectativas sentidas, onde foram citadas algumas sensações fisiológicas como o frio na barriga, tal como constatado por Aguirre (2000), além de falta de apetite, insônia, dor de estômago, tensão corporal e necessidade de vomitar. Estas reações, nomeadas pelos estagiários como sentimentos, estão em conformidade com a definição de emoções apresentadas pela literatura (Alexandroff, 2012; Alves, 2011; Bock et al., 2008; Mattos e Braga, 2009; Paulino, 2013; Soussumi, 2003). Assim, é possível inferir o quanto estes fenômenos neurovegetativos, que emergem diante de acontecimentos inesperados, desencadeados por conflitos manifestos ou latentes (Paulino, 2013), constituem-se também por elementos inconscientes (Soussumi, 2003). A percepção das vivências emocionais experienciadas a partir de tais fenômenos poderia colaborar para ampliar a compreensão do trabalho psicoterapêutico.

Quanto aos aspectos teórico-metodológicos a vivência de ansiedade foi mencionada nas situações em que algumas dúvidas relativas ao manejo clínico emergiram, tais como: o que fazer com o paciente (o que perguntar; o que não perguntar e, quando o assunto acabava, o que fazer; como encerrar o atendimento), como ter a atenção flutuante diante de pacientes

que falavam muito e de pacientes que traziam conteúdos muito densos (E6, p. 97), dúvidas quanto ao preparo técnico (E16, p. 98) e teórico adquirido nos anos anteriores e como proceder no atendimento de crianças (E9, p. 98) e pacientes difíceis. Estes questionamentos relacionados ao despreparo teórico e metodológico são frequentemente citados na literatura e constituem-se como dificuldades esperadas nos primeiros atendimentos clínicos, uma vez que esta etapa integra o início de um processo gradual, no qual ocorre a transição do aluno para futuro profissional (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000; Barbosa et al., 2015; Gallo-Belluzzo et al., 2013; Lopes & De Castro, 2018; Poletto, 2003; Ribeiro et al., 2008). Esta literatura aponta para a complexidade psíquica inerente à vivência dos atendimentos clínicos, o qual pude apreender pela vivência dos entrevistados relativamente aos atendimentos clínicos e que será discutida nesta categoria e das demais ao longo deste estudo.

Além disso, ainda nesta subcategoria, as ansiedades relatadas pelos psicoterapeutas-aprendizes associavam-se a questionamentos relativos à disposição de alguns elementos presentes na sala de atendimento, tais como: a escolha do lugar para sentar, o posicionamento do relógio; à conformidade da sala, incluindo a dificuldade de manter a atenção flutuante (E6, p. 97) e ao próprio modo de se comportarem “corporalmente” (E21, p. 98).

Observei, por meio destes relatos minuciosos e detalhistas, o quanto os estagiários pareciam se sentir pressionados nos primeiros atendimentos. Neste determinado momento das entrevistas, os movimentos dos participantes convergiam para uma postura tensa e/ou agitada. Ao mesmo tempo, a preocupação relacionada à forma de como se comportar “corporalmente” parecia simbolizar uma fantasia de que nos primeiros atendimentos nada poderia dar errado. Estas ansiedades relatadas parecem demonstrar o quanto as emoções emergentes no encontro psicoterapêutico estão focadas, predominantemente, para a figura do próprio estagiário, conforme apontado nos estudos de Gallo-Belluzzo et al. (2013) e Ribeiro et al. (2008), ao demonstrarem a presença de um imaginário coletivo imaturo ou narcísico.

Por outro lado, os relatos minuciosos dos psicoterapeutas-aprendizes, parecem também integrar o difícil caminho para o exercício do papel do psicólogo, uma vez que suas preocupações incluem parâmetros referentes ao enquadramento de trabalho, conforme citado por Aguirre (2000) e Aguirre et al. (2000), ao se reportarem para o desenvolvimento da atitude clínica. A relevância destes detalhes parece demonstrar uma miscelânea de emoções emergentes no *setting*, que podem representar as vivências emocionais tanto dos estagiários quanto dos pacientes, uma vez que a experiência psicoterapêutica é bidirecional e inclui fantasias inconscientes vivenciadas entre a dupla psicoterapêutica, tal como postulado por Heimann (1956).

Em relação à ansiedade vinculada ao atendimento de crianças e de adolescentes, curiosamente, os psicoterapeutas-aprendizes que relataram a escolha em iniciar os atendimentos com crianças demonstravam um certo encantamento com a dinâmica presente nos atendimentos, justificada pela forma da criança interagir mais nas sessões, comparativamente ao adulto. Outros estudantes julgavam o atendimento infantil mais fácil do que o adulto, pois para eles a criança percebia menos os sentimentos (nomenclatura utilizada pelos estagiários) do psicoterapeuta. Estas considerações são significativas, pois aparentemente partem de uma escolha consciente e parecem demonstrar uma fantasia do psicoterapeuta-aprendiz de que a criança se expressa mais facilmente que o adulto e de que a relação transferencial com a criança ocorre mais livremente, justificada inclusive pelo brincar. Por outro lado, parecem demonstrar também um posicionamento adotado pelos psicoterapeutas diante dos fenômenos contratransferenciais, por considerarem que as emoções vivenciadas e percebidas em si mesmos seriam menos percebidas pelas crianças. Isso me leva a pensar o quanto os estagiários vivenciam a relação com o paciente em termos de um eu e um outro, contrariamente a uma relação intersubjetiva, conforme postulado pelos autores pós-

freudianos, como Ferenczi (1928/1992), Klein (1952/1991), Heimann (1950), Racker (1958/1982) e Winnicott.(1954/2000).

Ao mesmo tempo, os psicoterapeutas-aprendizes demonstraram os seguintes questionamentos acerca desta clientela específica: dúvidas sobre qual brinquedo levar para as sessões (E9, p. 98), a sensação de estar somente brincando, questões relacionadas à forma de fazer intervenções com a criança e/ou adolescente, assim como as dificuldades sentidas para trabalhar junto aos pais (E25, p. 98).

Estes dados encontram consonância com a pesquisa realizada por Poletto (2003), ao discorrer especificamente sobre as ansiedades e angústias que emergem neste tipo de atendimento. A autora chama a atenção para as ansiedades mobilizadas e para as dificuldades dos alunos no manejo das demandas dos pais das crianças, assim como constatado nesta pesquisa.

Lopes e De Castro (2018) e Zuanazzi e Sei (2014) contribuem igualmente nesta discussão, por elencarem a importância das dificuldades no manejo da transferência e contratransferência no atendimento infantil e familiar, respectivamente. Fundamentando-se nestes estudos é possível observar a presença dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, que contemplam no campo psicoterapêutico o estagiário, a criança/adolescente e seus pais. No decorrer das entrevistas pude então observar que as primeiras impressões acerca do atendimento infantil se transformavam no intercurso dos relatos dos psicoterapeutas-aprendizes, de tal modo que as dificuldades e dúvidas foram emergindo, contrastando com os relatos iniciais.

Os psicoterapeutas-aprendizes relataram também a presença da ansiedade, relacionando-a aos atendimentos de pacientes difíceis ou de casos graves. Neste contexto, foram incluídos casos de pacientes psiquiátricos (E19, p. 98), com diagnósticos de bipolaridade, comportamento desafiador, borderline, pacientes adultos com histórico de abuso

sexual e crianças vítimas de abuso sexual. Nestes casos específicos o medo também foi atribuído, o qual será analisado posteriormente. No que tange à ansiedade referida, os estagiários a associavam ao diagnóstico psiquiátrico prévio concedido por outro profissional ou ao psicodiagnóstico realizado, atribuindo suas dificuldades e preocupações à inexperiência de lidar com a situação e à mobilização sentida diante destes casos.

Autores pós freudianos como Ferenczi (1928/1992) e Winnicott (1956/2000) anos antes já legitimavam sobre as dificuldades presentes no manejo de pacientes considerados casos clínicos graves. Estudos recentes, como os de Risk e Santos (2015) e Cambuí e Ribeiro (2014), apontam de forma semelhante as dificuldades que emergem nos atendimentos de pacientes de difícil acesso, destacando as intensidades das experiências emocionais vivenciadas na relação transferencial. Entretanto a nomenclatura utilizada na pesquisa de Cambuí e Ribeiro (2014), é diversa à apresentada no presente estudo, sendo denominada pelos autores como insegurança. Por outro lado, Risk & Santos (2015) e Cambuí & Ribeiro (2014) revelam a presença de sentimentos contratransferenciais, relacionados ao início dos atendimentos clínicos e nos atendimentos de pacientes difíceis, condizentes com este tipo de clínica, tal como observado na presente pesquisa.

Observei que a experiência do encontro com o outro provocava reações nos psicoterapeutas-aprendizes, que pareciam sentirem-se afetados e mobilizados. Isto pode ser percebido tanto nas falas, quanto nas reticências – pensamentos que se estenderam nestes momentos da entrevista. Nos momentos em que os relatos dos estagiários convergiam para o atendimento de casos graves ou pacientes difíceis, percebi dois movimentos distintos: por um lado eu percebia um certo rodeio para falar sobre este assunto e uma necessidade dos entrevistados em escolher cuidadosamente as palavras a serem ditas. De modo que em alguns momentos eu me peguei precisando ter muito cuidado para abrir um pouco o discurso dos entrevistados, como se falar sobre este assunto precisasse ser algo rápido, breve para eles.

Tais reações podem ser atribuídas a recursos defensivos, condizentes com os sentimentos contratransferenciais emergentes neste tipo de clínica, conforme constatado por Cambuí e Ribeiro (2014).

Por outro lado, outros entrevistados traziam o assunto com tal intensidade, que pareciam estar vivenciando naquele momento exato da fala, uma série de vivências angustiantes, como se sentissem afrontados na experiência clínica por um paciente específico.

Considerando-se estas experiências, vivenciadas pelos estagiários e no transcurso das entrevistas, é possível verificar como os atendimentos clínicos mobilizam vivências emocionais intensas nos psicoterapeutas-aprendizes. De acordo com a literatura, a relação psicoterapeuta-paciente transcorre nos desdobramentos dos elementos transferenciais e contratransferenciais. Ferenczi (1928/1992) já fazia alusão à ambivalência dos afetos vivenciados na relação transferencial, Klein (1952/1991) compreendia a relação transferencial em contínua interação na totalidade da vida psíquica tanto do psicoterapeuta, quanto do paciente, e Racker (1958/1982) ampliou o conceito de transferência relacionando-a intimamente à contratransferência.

A maioria dos psicoterapeutas-aprendizes entrevistados parece se orientar nos atendimentos clínicos pelas desarmonias emocionais vivenciadas na relação com o paciente, como se este contato representasse algo a ser visto, predominantemente, pelo vértice do paciente. Observei ainda dois posicionamentos distintos: por um lado eles reconheciam a heterogeneidade de suas próprias emoções e dos pacientes, mas pareciam não ter consciência da importância de reconhecê-los como integrantes da relação psicoterapêutica. Por outro lado, alguns pareciam ter esta consciência, porém este conhecimento parecia ser algo tecnicamente aprendido nas supervisões, o que merecerá uma discussão à parte na respectiva categoria.

Em contrapartida, em alguns a vivência clínica dos atendimentos emergia vinculada a interconexões vivenciadas pela díade psicoterapeuta-paciente. Convém ressaltar que havia uma característica singular entre esses entrevistados, a qual se referia a um percurso de psicoterapia pessoal iniciado desde o ingresso na graduação, ou um ano após o ingresso até o momento da realização da entrevista. Embora este estudo não objetivasse compreender a influência da psicoterapia pessoal no percurso clínico dos estudantes de psicologia, ela foi citada por alguns entrevistados, principalmente ao se referirem à forma como se sentiam durante os atendimentos clínicos. Os estudos de Barbosa et al. (2015) e Bellows (2007), contribuem nesta discussão por discorrerem acerca da relevância da psicoterapia pessoal enquanto elemento facilitador para a prática clínica, o que aliás Freud (1910/1913; 1912a/2017) postulava anos antes. Por outro lado, as dificuldades emocionais vivenciadas pela maioria dos estagiários desta pesquisa podem estar relacionadas a um percurso, no qual a psicoterapia ou análise pessoal não esteve presente, uma vez que de acordo com a literatura, a passagem pela análise pessoal não se constitui como uma prerrogativa para o trabalho clínico no âmbito acadêmico (Brandt, 2017; Darriba, 2011; Lustoza & Pinheiro, 2014; Pereira & Kessler, 2016; Pinheiro & Darriba, 2010; Pinheiro & Darriba, 2011; Pinheiro & Maia, 2015).

6.1.2 MEDO

Juntamente com a ansiedade, o medo foi predominante nos relatos dos psicoterapeutas-aprendizes, ao discorrerem sobre as emoções vivenciadas nos atendimentos clínicos. O medo gerou igualmente duas subcategorias: relacionando-se às primeiras experiências clínicas e aos aspectos teórico-metodológicos.

No que tange à primeira subcategoria, alguns entrevistados relacionaram o medo ao impacto sentido diante do novo, do inesperado (E26, p. 100), que parecia, a meu ver, deixá-

los assustados. Ao ouvi-los, durante as entrevistas, o medo atribuído assemelhava-se para mim à seguinte pergunta: Quem virá para o atendimento? Como será esta pessoa?

De forma similar à categoria ansiedade, a literatura aponta igualmente para a vivência emocional do medo no início dos atendimentos clínicos, embora a nomenclatura utilizada nestes estudos utilize a palavra sentimento (Cambuí & Neme, 2014; Cambuí & Ribeiro, 2014; Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008).

Na sequência das falas e de forma muito rápida os entrevistados já referiam o medo à segunda subcategoria elencada, relacionando-o aos aspectos teórico-metodológicos. Neste caso, as dúvidas referentes ao manejo clínico, tais como: não saber como conduzir os atendimentos de adultos, crianças, familiares ou de pacientes considerados difíceis (E13, p. 99); não conseguir ter uma escuta clínica e receios quanto às faltas e desligamentos dos pacientes, foram os principais significados atribuídos pela maioria dos estagiários.

O estudo de Aguirre et al. (2000), corrobora ao elencar o medo do abandono do atendimento pelo paciente, tal como observado neste estudo, assim como as pesquisas de Gallo-Belluzzo et al. (2013) e Ribeiro et al. (2008). Entretanto estas autoras fazem alusão à palavra frustração, sentida pelos os estagiários, para se referirem aos atendimentos iniciais e à possibilidade de rejeição pelo paciente, relacionando-a a um imaginário coletivo narcísico.

Algumas especificidades relativas a esta subcategoria tais como: o medo de falar algo que prejudicasse emocionalmente o paciente, decorrente de uma má intervenção; de deixar transparecer o próprio medo para o paciente; de sofrer uma agressão física por parte do paciente (E17, p. 99), assim como o medo do silêncio dele (E8, p. 99), foram citadas minoritariamente pelos entrevistados.

O estudo de Aguirre (2000) contribui nesta discussão por apresentar uma reflexão diversa, no qual a palavra medo emerge relacionada a elementos não racionais, com a

mobilização de recursos defensivos por parte dos psicoterapeutas. Neste ponto, considero importante discorrer sobre esta particularidade, visto que neste presente estudo o medo aparecia vinculado, especialmente, ao temor de errar.

Observei que para os psicoterapeutas-aprendizes este temor implicava em considerar um jeito certo ou errado de atender (E24, p. 100) e de prejudicar emocionalmente o paciente. Este fato condiz com as dificuldades próprias da experiência do estágio clínico, uma vez que o momento é permeado por uma série de transformações (Lopes & De Castro, 2018) e se constitui por uma experiência subjetiva e complexa (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000). Porém, eu percebia o quanto a responsabilidade em lidar com a vida de uma outra pessoa era sentida pelos estagiários de forma intensa, como se errar representasse um ataque direcionado não apenas à figura do paciente, mas sobretudo aos próprios psicoterapeutas (E7, p. 99; E20, p. 100).

Considerando que tanto a literatura clássica quanto pesquisas atuais ressaltam a especificidade dos fenômenos conscientes e inconscientes, presentes no encontro clínico (Freud, 1910/2013; Ferenczi, 1928/1992; Kernberg, 2011; Klein, 1952/1991; Parth et al., 2017; Racker, 1957/1982; Santos Filho, 2007; Winnicott, 1947/2000), é possível inferir que o medo referido pelos entrevistados, extremamente ligado a possibilidade de errar, possa estar associado aos próprios conflitos dos psicoterapeutas-aprendizes. As contribuições de Klein (1952/1991), Heimann (1956) e Racker (1958/1982), apresentam-se como profícuas na discussão acerca desta inferência. A partir dos conceitos de posição esquizoparanoide e identificação projetiva, definidos por Klein (1952/1991), pode-se fazer uma analogia às vivências de medo relatadas.

Considerando-se a totalidade da relação transferencial, é possível supor que na relação psicoterapêutica, o estagiário possa estar reagindo por meio de angústias esquizoparanoides.

Por outro lado, a vivência do medo poderia também estar relacionada a conflitos internos, nos quais a ambivalência de emoções que emergem na relação com o paciente poderia repercutir como um ataque a si mesmos, característica da posição depressiva. Este fato justificaria a intensidade da carga emocional, percebida por mim e a ambivalência de emoções, diante da vivência clínica dos psicoterapeutas-aprendizes.

Assim como discorrido acerca da ansiedade, o aporte de Heimann (1956) também serve de apoio para justificar a presença do medo relacionado aos conflitos internos dos psicoterapeutas, ao considerar a existência de fantasias inconscientes em uma vivência que é, sobretudo, intersubjetiva. As contribuições de Racker (1958/1982) apresentam do mesmo modo, possíveis explicações para a presença de conflitos internos vivenciados pelos psicoterapeutas-aprendizes e nomeados como medo.

Considerando-se a reciprocidade existente entre transferência e contratransferência e refletindo acerca da posição dupla do analista, acredito ser possível conjecturar o quanto os psicoterapeutas-aprendizes parecem reagir contratransferencialmente enquanto “objeto dos impulsos” do paciente (Racker, 1953/1982, p. 101) O medo atribuído por eles poderia se constituir por reações contratransferenciais, diretas e/ou indiretas, típicas de uma neurose de contratransferência, uma vez que tais reações parecem interferir sobre o manejo clínico e sobre a própria transferência do paciente.

Alguns entrevistados relacionaram as faltas, desistências e dúvidas quanto ao retorno dos pacientes com a própria pessoa, acreditando inclusive que alguns pacientes não voltaram ao atendimento psicoterapêutico, por terem percebido o medo sentido no decorrer da relação psicoterapêutica. Outros, referiram um medo intenso vivenciado no atendimento de pacientes difíceis, no qual além de relatarem o receio de serem agredidos fisicamente pelos pacientes, sentiam-se também intimidados, incomodados ou testados por eles (E20, p.100). Neste caso,

esta reação poderia relacionar-se à angústia contratransferencial paranoide direta, conforme definido por Racker (1957/1982), na qual o medo representaria uma reação emocional vivenciada pelos estagiários diante do perigo de agressão do próprio paciente.

O medo de prejudicar emocionalmente o paciente, decorrente de uma má intervenção foi referido por muitos entrevistados, sendo inclusive relatado por um deles, que relacionou a vivência em decorrência do atendimento de uma paciente com risco de suicídio (E20, p. 100). Nestes casos, a contribuição de Racker (1957/1982), acerca da angústia contratransferencial de caráter depressivo, ilustra uma possibilidade de compreender estes medos referidos, sendo que os receios em prejudicar os pacientes provocariam angústias depressivas.

Apenas alguns relataram a vivência do medo, quanto as opiniões dos demais colegas, nos momentos de explanação do caso clínico em supervisão mencionando, inclusive, reações neurovegetativas como ruborização na presença do grupo. Tais reações, denominadas como emoções nos respectivos estudos (Alexandroff, 2012; Alves, 2011; Bock et al., 2008; Mattos e Braga, 2009; Paulino, 2013; Soussumi, 2003), integram o atributo de se constituírem enquanto aspectos inconscientes (Soussumi, 2003) relevantes. Estes casos corresponderiam provavelmente à angústia contratransferencial paranoide indireta, tal como formulado por Racker (1957/1982), no qual o receio de ser criticado ou se sentir desprezado pela figura do supervisor ou demais colegas, representaria uma possível agressão temida.

Observei que a vivência do medo, mencionada pelos psicoterapeutas-aprendizes, envolviam questões emocionais que iam além de uma explicação racional. Por trás de suas falas, das posturas corporais e dos diferentes movimentos faciais e gestuais - nos quais eu percebi, em alguns entrevistados, inclusive uma certa intimidação em falar sobre o medo - fui percebendo o quanto este assunto parecia mobilizá-los de forma diversa. Outro elemento interessante observado foi a presença desta vivência tanto nos psicoterapeutas que estavam no

início dos atendimentos, quanto naqueles cuja prática clínica iniciara-se no sexto semestre da graduação, relacionada principalmente ao atendimento de pacientes difíceis.

6.1.3 INSEGURANÇA

A insegurança foi menos referida pelos psicoterapeutas-aprendizes e originou as subcategorias relacionadas aos atendimentos iniciais e aos aspectos teórico-metodológicos. Na primeira subcategoria o significado da insegurança relacionou-se aos atendimentos clínicos iniciais, nos quais o contato com o novo (E26, p. 101), o deparar-se sozinho com o paciente e não saber o que viria, assim como a dúvida se o paciente gostaria do psicoterapeuta, integraram as vivências nos momentos preliminares, dados também mencionados por diversos autores (Aguirre, 2000; Barbosa et al., 2015; Cambuí & Neme, 2014; Cambuí & Ribeiro, 2014; Gallo-Belluzzo et al., 2013; Ribeiro et al., 2008).

Quanto aos aspectos teórico-metodológicos, grande parte dos entrevistados mencionaram a insegurança relacionada: às dificuldades em como se portar nos atendimentos de crianças e adultos (o que falar, como falar, como pontuar e fazer intervenções); à insuficiência de conhecimento teórico, além de incluir aspectos relativos ao enquadre (E19, p. 101). Um grupo menor de entrevistados atribuiu as seguintes situações em que a insegurança era vivenciada: no atendimento de paciente do sexo masculino, quando o psicoterapeuta era do sexo feminino; no atendimento de uma paciente cuja mãe era da mesma profissão e a insegurança sentida diante do paciente que poderia achar que a psicoterapeuta tinha idade para ser a filha dele, fato este também mencionado por Aguirre (2000) ao discorrer sobre as dúvidas dos estudantes relacionadas aos atendimentos iniciais.

A extensa literatura relativa à presença desta vivência emocional relacionada aos aspectos teórico-metodológicos contribui para sustentar os dados encontrados neste presente

estudo. Gallo-Belluzzo et al. (2013) e Ribeiro et al. (2008) comentam sobre a recorrência a condutas intelectualizadas, como recursos utilizados pelos estudantes com a finalidade de sentirem-se seguros nos atendimentos clínicos, pelas vias da assimilação teórica. Outros estudiosos, também explanam a respeito de uma prática descontextualizada dos conteúdos teóricos aprendidos, nos momentos anteriores ao estágio clínico, enquanto elementos que promovem questionamentos pelos estudantes de psicologia no decorrer da prática clínica (Abdalla et al., 2008; Andrade et al., 2016; Barbosa et al., 2015). Embora estes autores não tenham como foco discorrer especificamente sobre as emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes, auxiliam na discussão acerca deste tema, visto que as dificuldades enfrentadas durante a prática clínica dialogam constantemente com aspectos ligados à formação dos alunos.

Os fatos atribuídos relativos à insegurança foram observados pelas falas dos entrevistados e também por meio de suas narrativas acerca do antônimo desta vivência, no qual a palavra segurança, relatada por um número menor de psicoterapeutas-aprendizes, emergia associada à experiência adquirida ao longo dos atendimentos. Os psicoterapeutas-aprendizes relacionavam a segurança ao processo de construção do profissional de psicologia, associada também ao aprendizado teórico-metodológico vivenciado durante as supervisões, o qual será discutido na categoria referente ao tema.

Nos relatos dos psicoterapeutas-aprendizes que elencaram a segurança, esta atribuição apresentou-se relacionada aos seguintes significados: mudanças na postura corporal e gestual (sentir-se mais à vontade durante os atendimentos, permitir-se rir com o paciente); maior liberdade para fazer apontamentos, questionamentos e intervenções; maior experiência teórica e prática; maior amadurecimento pessoal (vinculado ou não à psicoterapia pessoal) e a um autocontrole das próprias vivências emocionais durante os atendimentos. Com exceção deste último aspecto, os demais são mencionados em outros estudos que os relacionam ao processo

de construção da identidade profissional (Aguirre et al., 2000; Aguirre et al., 2000; Barbosa et al., 2015; Lopes & De Castro, 2018).

No que se refere ao autocontrole das vivências emocionais durante os atendimentos relacionado à segurança, achei curioso o quanto os psicoterapeutas-aprendizes relacionaram à postura de neutralidade, incluindo a necessidade de eliminação das próprias emoções, pois estas se constituiriam como empecilhos durante os atendimentos clínicos. A segurança, nestes casos, parecia assemelhar-se a um escudo protetor em relação à insegurança sentida, onde os psicoterapeutas-aprendizes pareciam orientar-se pelos postulados de Freud (1915/2017), em suas advertências quanto à necessidade de controle, abstinência e neutralidade no manejo técnico (Kuperman, 2008). A este propósito é interessante observar o quanto os atendimentos clínicos mobilizam os psicoterapeutas-aprendizes, de modo que este aspecto específico será discutido nas categorias seguintes. Ademais, é possível inferir um foco intrapsíquico, no que se refere aos elementos que emergem na prática clínica.

É também possível discutir este resultado apresentado, considerando o ponto de vista da formação, no qual autores discorrem sobre a importância do estágio clínico supervisionado para o aluno (Cury & Ferreira Neto, 2014; Fernandes et al., 2015; Santos Filho, 2007). De acordo com estas pesquisas a vivência da prática clínica favorece a aquisição de habilidades e integração de competências, de tal modo que os psicoterapeutas-aprendizes podem aprimorar seus conhecimentos teóricos e práticos, conforme mencionado pelos entrevistados desta presente pesquisa.

6.1.4 NERVOSISMO

O nervosismo foi citado por poucos entrevistados. Os significados atribuídos geraram também duas subcategorias, referentes aos atendimentos iniciais e aos aspectos teórico-

metodológicos. Na primeira subcategoria alguns entrevistados relacionaram o nervosismo ao impacto sentido nos primeiros atendimentos, nos quais dificuldades para perceber o que se passava com o paciente (E10, p.101), assim como a expectativa diante da demanda e da melhora foram relatadas (E14, p. 102). As pesquisas de Gallo-Belluzzo et al. (2013) e Ribeiro et al., (2008) contribuem para corroborar estes resultados, ao discorrerem sobre as dificuldades dos estudantes em estabelecer uma relação voltada para o outro, assim como evidenciaram as idealizações dos estudantes quanto à melhora dos pacientes condizentes, segundo as autoras, a um imaginário coletivo imaturo ou narcísico. Embora estas pesquisas não utilizem especificamente a palavra nervosismo, denominando os atributos encontrados como sentimentos, presentes nos atendimentos iniciais, é possível fazer esta aproximação dando suporte aos dados encontrados.

Ao mesmo tempo, observei a estreita relação da vivência do nervosismo aos aspectos teórico-metodológicos, nos quais a maioria dos entrevistados mencionaram dificuldades relativas às questões burocráticas pertinentes à clínica, como o preenchimento de fichas (E10, p.101), dúvidas quanto ao preparo teórico e técnico, assim como dificuldades no atendimento de pacientes considerados graves (E23, p.102). Neste sentido o estudo de Lopes e De Castro (2018) também evidencia as questões burocráticas, enquanto elementos que dificultam os estudantes a ocuparem o lugar de psicoterapeutas.

Um dos entrevistados chegou inclusive a dar uma ideia para solucionar esta dificuldade, citando a possibilidade de que eles aprendessem tudo o que fosse referente ao preenchimento das fichas (de admissão e desligamento) e como se portar nos primeiros contatos, um semestre antes do início dos atendimentos clínicos, a fim de que eles não perdessem tempo com estas questões. Tal fato poderia estar relacionado a idealizações acerca dos atendimentos, como se o aprendizado anterior pudesse resolver tais dificuldades. Este aspecto é contestado por outros autores, uma vez que a experiência da prática clínica

psicanalítica não corresponde a uma aprendizagem intelectual, formal, racional ou cognitiva (Pereira & Kessler, 2016; Pinheiro & Maia, 2015).

Observei que os atendimentos clínicos representavam um momento tão esperado, a ponto de os psicoterapeutas-aprendizes pensarem em estratégias, evitando assim a vivência das vicissitudes da própria clínica psicanalítica, tais como o contato com as resistências dos pacientes. Heimann (1954) já discorria sobre os perigos existentes na relação psicoterapêutica, considerando as questões contratransferenciais, quando o analista em treinamento parecia se distanciar da técnica psicanalítica, na tentativa de modificá-la. Embora Heimann (1954) refira em seu estudo os analistas em treinamento, ela mesmo adverte que estas dificuldades não são exclusivas deste contexto específico. Assim, os subterfúgios mencionados pelos psicoterapeutas-aprendizes poderiam estar relacionados a elementos transferenciais e/ou contratransferenciais.

Para finalizar a discussão da primeira categoria deste estudo, intitulada, emoções vivenciadas durante os atendimentos clínicos, é necessário fazer ainda alguns apontamentos. A partir do referencial teórico adotado nesta presente pesquisa é possível observar a falta de unanimidade nos estudos quanto à nomenclatura adotada, ao se referirem às vivências emocionais. Este fato, já mencionado anteriormente, sinaliza o quanto as nomenclaturas referentes às vivências emocionais presentes nos atendimentos clínicos, adquirem um caráter polissêmico, isto é, os atributos referentes às vivências de ansiedade, medo, insegurança e nervosismo são interpretados com diferentes significados nas diversas publicações encontradas e mencionadas ao longo desse estudo.

Em alguns casos, estes significados apresentam semelhanças, de acordo com os contextos. Porém, em outras situações, apresentam diferenças. A meu ver estes fatos parecem justificáveis, pois falar sobre as vivências emocionais implica em considerar a subjetividade de cada pessoa, sua história, sua cosmovisão, enfim, uma série de construções que vão além

de um sentido denotativo. Além disso, soma-se ao atributo das vivências emocionais se constituírem também por elementos inconscientes, de modo que dificilmente se encontrará um consenso quando se fala sob este ponto de vista.

Deste modo, busquei elencar os aspectos relacionados às emoções vivenciadas, sendo fiel aos relatos apresentados pelos psicoterapeutas-aprendizes, pontuando, conforme necessário, as similaridades e diferenças referentes às nomenclaturas e aos significados atribuídos pelos estudos referendados. Embora a maioria destas pesquisas utilizem referenciais metodológicos distintos do adotado no presente estudo, seja por meio de pesquisas-intervenção, estudos de casos clínicos, estudos teóricos ou de caráter exploratório, todas contemplam emoções que emergem na vivência da clínica psicanalítica.

6.2 IDENTIFICAÇÃO COM AS VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DO PACIENTE

Na medida em que as questões disparadoras evoluíam, durante as entrevistas, fui adentrando cada vez mais no universo das constelações emocionais dos psicoterapeutas-aprendizes. Assim, escutei relatos profundos e intensos acerca das dificuldades encontradas na trajetória clínica. A intensidade era tamanha que suas falas percorriam diferentes modalidades, ora eram ditas em um tom de urgência, com ênfases nas vozes, ora assemelhavam-se a segredos ditos em um tom bem mais baixo e, em outros momentos, apresentavam relatos contraditórios.

Ao serem questionados se as vivências emocionais que emergiam no transcurso dos atendimentos clínicos os afetavam, observei três tipos de respostas: alguns responderam afirmativamente, neste caso, a maioria dos entrevistados; um grupo menor respondeu negativamente, enquanto outro grupo apresentou dúvidas, respondendo inicialmente de forma negativa e mudando de opinião ao longo das próprias falas ou não se posicionando, de modo que nem afirmavam, tampouco negavam. Considero importante trazer as intensidades das

falas, assim como os elementos verbais, pelo fato de integrarem movimentos emocionais que podem ir além de uma comunicação puramente lógica e coerente.

Tendo em vista que a maioria dos entrevistados relatou sentir-se afetada e mobilizada pelos conteúdos trazidos pelos pacientes, relacionando-os à identificação com as vivências emocionais do paciente, os significados atribuídos referiram-se à identificação de aspectos do paciente com os da própria personalidade (E7, p. 103) e identificação com as figuras parentais dos pacientes (E26, p. 104) que emergiam na relação transferencial. Os psicoterapeutas-aprendizes justificavam as percepções destas identificações principalmente por meio das discussões dos casos em supervisão e, entre os que citaram a psicoterapia pessoal, esta foi atribuída como outra forma pelo qual perceberam.

Ainda que ao longo dos escritos de Freud (1895/2016; 1905/1974; 1912b/2017; 1914/2017; 1915/2017; 1920/1996) a transferência tenha seu lugar de destaque e a abrangência de seu conceito se constitua como uma das maiores descobertas na psicanálise, a primazia do foco intrapsíquico permaneceu em sua obra. De modo semelhante, a contratransferência manteve-se como um elemento a ser reconhecido e dominado pelo analista (Freud, 1910/2013), porém excluída da relação analítica. Assim, a discussão acerca desta categoria delinea-se pelos autores pós-freudianos como Ferenczi (1928/1992), Klein (1952/1991), Heimann (1950), Racker (1958/1982) e Winnicott (1956/2000), os quais corroboram neste estudo por sustentarem a importância de se compreender a experiência clínica pelo foco intersubjetivo.

Ferenczi (1928/1992), Klein (1952/1991), Heimann (1950), Racker (1958/1982) e Winnicott (1956/2000) fazem alusão à presença de afetos intensos vivenciados na relação transferencial, embora a contribuição de alguns destes autores se refiram ao atendimento de pacientes difíceis (Ferenczi, 1928/1992; Winnicott, 1956/2000). Porém, todos podem ser

considerados para consubstanciar os dados encontrados neste estudo, por suas contribuições serem utilizadas na atualidade tanto no atendimento de pacientes neuróticos ou não.

Os psicoterapeutas-aprendizes trouxeram relatos significativos sobre como vivenciavam a relação psicoterapêutica. Falaram de vários atributos que consideravam impossíveis, tais como: não sentir o que o paciente traz para os atendimentos, não se identificar com aspectos da própria vida, não se alterar emocionalmente e de ser impossível não se colocar no lugar do outro. Embora estas falas não tenham sido listadas nos resultados desta pesquisa, considero importante citá-las, por incluírem aspectos relevantes acerca da relação transferencial e contratransferencial a serem discutidos nesta categoria.

Achei interessante o quanto na sequência destes relatos emergiam outros, referentes ao que denomino como regras, uma vez que a palavra “é preciso” era utilizada para se referirem à necessidade de se ter equilíbrio emocional e fundamentação teórica, neutralidade e distanciamento. Estes relatos cheios de reticências, onde eles pareciam refletir sobre o tema abordado e olhares fugidios integraram a dinâmica presente neste momento da entrevista. Ao retratarem estas impossibilidades, presentes na relação psicoterapêutica os entrevistados parecem mencionar os elementos contratransferenciais vivenciados nos atendimentos clínicos.

Sobre este assunto convém recordar os pressupostos de Heimann (1950/1954/1956) e Racker (1958/1982) referentes à contratransferência, enquanto um fenômeno inerente ao processo psicoterapêutico. Heimann (1950; 1954; 1956) enfatiza a bidirecionalidade da experiência vivenciada entre psicoterapeuta e paciente, considerando que o grau dos sentimentos emergentes na relação psicoterapêutica pode dificultar o raciocínio do terapeuta. A autora também faz alusão à postura de neutralidade e distanciamento adotada pelos analistas em formação relacionando-a à contratransferência, semelhante aos relatos apresentados pelos entrevistados.

O aporte de Racker (1953/1982; 1958/1982) enriquece esta discussão, por considerar a estreita intimidade existente entre transferência e contratransferência. Assim, a partir da relação transferencial os psicoterapeutas-aprendizes parecem revelar aspectos de si mesmos, uma vez que relacionam as vivências emocionais dos pacientes “à sua própria pessoa” (Racker, 1958/1982, p. 56), como relatado pelos entrevistados E6, E7 e E9 (p. 103). Estas identificações poderiam corresponder à identificação concordante ou homóloga, conforme mencionado por Racker (1958/1982). De forma similar, seria possível considerar também a presença de identificações complementares, uma vez que os psicoterapeutas-aprendizes parecem se identificar com os objetos internos dos pacientes, que os remetem às próprias figuras parentais (E26, p. 104). Seria possível inclusive pensar nestes fenômenos enquanto atributos de uma neurose contratransferencial, visto que o psicoterapeuta-aprendiz parece reagir contratransferencialmente, enquanto objeto dos impulsos do paciente (Racker, 1958/1982).

Tais reações parecem ocasionar nos psicoterapeutas dificuldades, dúvidas, sensações desprazerosas e confusões. Percebi que, no intermédio das entrevistas, suas narrações iam, pouco a pouco, enveredando-se para uma abertura maior de informações, com exemplos de casos narrados um a um, onde minuciosos aspectos presentes na relação psicoterapêutica eram apresentados. Eles falaram de emoções intensas como raiva, angústia, inquietudes e alguns entrevistados revelaram a necessidade de alguns recursos utilizados para lidarem com as dificuldades provenientes dos atendimentos, tais como: necessidade de realizar atividade física, tomar longos banhos, “descarregar” na supervisão ou trabalhar estas questões na psicoterapia pessoal. Considero este momento específico da entrevista, referente à forma como as vivências emocionais dos pacientes eram percebidas pelos psicoterapeutas-aprendizes, um dos ápices, pois eu sentia o clímax das emoções vivenciadas nos atendimentos clínicos, nas falas dos entrevistados.

Estes fatos, referentes às intensidades emocionais e aos aspectos referentes à dinâmica das entrevistas, me levam a supor que os psicoterapeutas-aprendizes parecem se situar na relação psicoterapêutica a partir de uma posição contratransferencial, conforme mencionado por Racker (1957/1982).

Por outro lado, é possível discutir a presença da raiva em alguns relatos, considerando as contribuições de Winnicott (1947/2000) acerca da transferência e contratransferência, uma vez que o autor inclui o ódio despertado no analista enquanto elemento a ser considerado na relação analítica (Timo, 2013). O estudo de Zuanazzi e Sei (2014) e Risk e Santos (2015) contribuem igualmente nesta discussão por considerar alguns movimentos agressivos presentes na relação psicoterapêutica, embora as respectivas pesquisas refiram-se ao atendimento familiar e à temática dos pacientes de difícil acesso. Tendo em vista que a relação psicoterapêutica produz efeitos mútuos, esta emoção vivenciada por alguns psicoterapeutas-aprendizes poderia corresponder a fenômenos contratransferenciais.

Entre os entrevistados que afirmaram não se sentirem afetados pelas vivências emocionais dos pacientes, os relatos apresentados nas sequências de suas falas, apresentaram os seguintes significados: a presença de um cansaço, a ponto do psicoterapeuta sair esgotado do atendimento e a presença de aspectos contratransferenciais (E6, p. 103) sendo estes elementos - de acordo com as palavras dos próprios entrevistados - controlados pelo distanciamento e neutralidade na relação com o paciente. Ao se referirem a estes significados percebi algumas atitudes sutis, onde no primeiro caso o relato emergiu com muitas risadas e nos demais havia um cuidado para trazer os aspectos teórico-metodológicos. Enquanto os entrevistados que citaram a presença da contratransferência, mencionaram também situações nos quais identificavam aspectos dos pacientes com a própria história de vida (E6, p. 103), embora afirmassem não se mobilizarem diante das vivências emocionais dos pacientes.

O fato de os psicoterapeutas-aprendizes negarem sentir-se afetados pelas vivências emocionais dos pacientes, mas demonstrarem algumas reações advindas da relação psicoterapêutica parece demonstrar recursos defensivos. Estes dados podem ser corroborados pelas contribuições de Racker (1957/1982), o qual menciona que um dos perigos da contratransferência consiste no analista identificar-se com os objetos do paciente e reprimi-los ou bloqueá-los, evitando possibilidades de percepção da transferência do paciente.

A recorrência a condutas intelectualizadas (Gallo-Belluzzo et al., 2013; Poletto, 2003; Ribeiro et al., 2008) e o não reconhecimento dos reais sentimentos mobilizados nos atendimentos (Cambuí & Ribeiro, 2014) são mencionadas por outros estudos, os quais podem colaborar na compreensão dos resultados encontrados na presente pesquisa, uma vez que estas atitudes integram as vivências da prática clínica. A meu ver, pareciam manobras defensivas, necessárias aos psicoterapeutas-aprendizes, para se resguardarem dos efeitos da relação psicoterapêutica.

Um grupo de entrevistados apresentou dúvidas quanto ao fato de se sentirem ou não afetados pelas vivências emocionais dos pacientes, respondendo inicialmente de forma negativa e mudando de opinião ao longo das próprias falas ou não se posicionando, isto é, nem afirmando nem negando. Suas justificativas relacionavam-se às seguintes palavras mencionadas: empatia e sensibilização.

Notei duas situações distintas nestes casos: por um lado a empatia e/ou sensibilização foi referida como um recurso importante para a relação transferencial, semelhante ao atributo de sentir com ou ao tato psicológico, conforme formulado por Ferenczi (1928/1992). Porém, não considero ser possível inferir acerca da possibilidade destes psicoterapeutas utilizarem este recurso como uma tira elástica, tal como proposto por Ferenczi, uma vez que os mesmos elencaram uma série de reações corporais, para se referirem à forma como se sentiam mobilizados na relação com o paciente, como dores no corpo e o vômito antes de um

atendimento (E22, p. 104). Tais manifestações poderiam estar relacionadas a reações emocionais mencionadas por vários autores a respeito do tema (Alexandroff, 2012; Alves, 2011; Bock et al., 2008; Mattos e Braga, 2009; Paulino, 2013; Soussumi, 2003).

Além disso, a empatia atribuída pelos psicoterapeutas-aprendizes, poderia corresponder à uma “contratransferência positiva sublimada” (Racker, 1957/1982, p. 127), considerada necessária para o trabalho do psicoterapeuta.

Por outro lado, alguns psicoterapeutas-aprendizes utilizaram estas palavras (empatia e/ou sensibilização) relacionando-as à necessidade de separação entre os aspectos emocionais que pertenciam ao paciente e ao psicoterapeuta-aprendiz, sendo que nestes casos o distanciamento emocional entre a vivência da dupla era referido como uma prerrogativa. Estes fatos parecem demonstrar as formas como os psicoterapeutas se posicionam frente à transferência e contratransferência, cujo manejo clínico é efetuado pelo distanciamento emocional. Tal manejo é muito similar às formas mencionadas por Freud (1915/2017) ao alertar os médicos sobre os riscos das intensidades afetivas, no qual o controle, a abstinência e a neutralidade configuravam-se como a postura a ser adotada na emergência dos pontos cegos ou dos fenômenos contratransferenciais.

Este aspecto distancia-se do modo como os autores pós-freudianos compreendem a relação psicoterapêutica, onde a intersubjetividade é considerada integrante do processo psicoterapêutico (Ferenczi, 1928/1992; Klein, 1952/1991; Heimann, 1950; Racker, 1958/1982; Winnicott, 1954/2000). Por outro lado, é necessário compreender e respeitar o trajeto pelo qual os psicoterapeutas-aprendizes encontram-se. Neste sentido, refiro-me ao percurso de formação no âmbito acadêmico, o qual se constitui pelo início de um processo a ser trilhado por eles. Um processo longo e contínuo para aqueles que optam por transitar nos espaços da clínica psicoterapêutica psicanalítica.

Nesse sentido, Aguirre et al. (2000) ressaltam sobre o desenvolvimento da atitude clínica, um fenômeno interno que envolve variáveis como: conhecimento teórico, experiências pessoais, a disposição para vivenciar a experiência clínica e “a capacidade de conter ansiedades e preservar os limites da própria identidade” (p. 54). Este processo, cujo transcurso se dá paralelamente à construção da identidade profissional (Aguirre, 2000; Aguirre et al., 2000; Lopes & De Castro, 2018), inicia-se na graduação, podendo gerar a meu ver, ressonâncias ou não, dependendo do desejo de cada um em dar continuidade ou dos efeitos que a clínica psicoterapêutica psicanalítica conduz em cada pessoa.

Ao ouvir os psicoterapeutas-aprendizes notei em seus relatos a necessidade do estabelecimento de fronteiras, como se por meio delas as emoções presentes nos atendimentos clínicos ficassem à parte, talvez um modo de se sentirem “protegidos” das intensidades emocionais presentes na relação psicoterapêutica. Embora a maioria dos psicoterapeutas-aprendizes não nomeiem o que sentem como contratransferência (apenas três nomearam) – e isto também é um fato significativo – a forma como demonstram suas reações a partir da relação transferencial dos pacientes parece emergir pela via da identificação, a qual pode significar uma via “menos comprometedora”, para falar daquilo que emerge deles na relação psicoterapêutica.

Vale mencionar ainda que, para a maioria dos entrevistados, a percepção das identificações com as vivências emocionais dos pacientes advém *a posteriori* (geralmente na supervisão), mas eles parecem não se ater ainda aos significados que a contratransferência representa para eles enquanto psicoterapeutas. Estes fatos poderiam estar relacionados também à terapia pessoal, uma vez desde Freud (1919a/1969), incluindo autores que o sucederam e pesquisas recentes, advogam sobre sua importância na clínica psicoterapêutica psicanalítica (Aguirre, 2000; Barbosa et al., 2015; Bellows, 2007; Ferenczi, 1928/1992;

Heimann, 1950; Kichler & Serralta, 2014; Lopes & De Castro, 2018; Meira & Nunes, 2005; Poletto, 2003; Racker, 1958/1982).

Sob o pretexto de separar as vivências emocionais dos pacientes das próprias, os psicoterapeutas-aprendizes parecem encontrar possíveis saídas para lidarem com os embates que emergem do encontro com o outro. Porém, isto não garante que eles não sejam atingidos em suas vulnerabilidades, que suas realidades psíquicas possam ser mantidas íntegras e isoladas em um lugar à parte, até porque quando se trata do inconsciente, os limites não são estabelecidos. A presença das emoções em toda sua extensão, a meu ver, parecem uma confirmação deste fato.

A discussão acerca dos significados das vivências emocionais dos psicoterapeutas-aprendizes é profícua por elencar as sutilezas de uma relação - a qual inclui os desafios dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais - que, por si só, abrange dimensões inusitadas. Porém, considero tão importante quanto discutir estas particularidades, a capacidade de questionar mais ainda sobre isso, sem qualquer pretensão de obter respostas incontestáveis, evitando assim esterilizar outros pensamentos.

6.3 PERCEPÇÃO DAS PRÓPRIAS EMOÇÕES

Ao serem questionados sobre as emoções percebidas em si mesmos, notei um aspecto inusitado. As falas dos entrevistados e as formas como eles se posicionaram diante desta pergunta disparadora parecia demonstrar uma movimentação diversa da adotada em momentos anteriores. Deste modo, se no início das entrevistas os psicoterapeutas-aprendizes pareciam se movimentar como se precisassem tatear o terreno pelo qual estavam adentrando, revelando pouco a pouco suas vivências, e no momento posterior (ao discorrerem sobre a identificação com as vivências dos pacientes) revelavam com veemência as intensidades

emocionais, nesta situação particular, a sensação que tive foi de que pareciam sentir-se confusos e/ou surpreendidos.

Assim observei duas reações distintas. Alguns psicoterapeutas-aprendizes pareciam não ter compreendido a pergunta disparadora, pediam-me que a repetisse e apresentavam dificuldades para nomear as emoções percebidas em si mesmos (E14, p. 105; E19, E21, E27, p. 106), seus olhares vagueavam, parecendo procurar algo difícil de ser encontrado. As justificativas elencadas referiam-se ao fato de estarem focados somente no paciente, em detrimento de si mesmos ou de nunca terem parado para pensar sobre as próprias emoções presentes nos atendimentos clínicos (E14, p. 105). Considerei interessante o modo como eles comunicavam seus pensamentos sobre o assunto e as formas como tentavam decodificar suas próprias vivências emocionais, o que me fez achar que parecia mais fácil para os entrevistados falar dos pacientes, sem se colocarem como integrantes ativos da relação entre ambos.

No transcurso das entrevistas observei também que outros psicoterapeutas-aprendizes nomeavam as emoções percebidas, uma a uma. Entretanto, eles apresentavam algumas dificuldades para discernir entre as vivências emocionais que pertenciam a eles ou aos pacientes (E10, p. 105), justificada pela intensidade delas nos atendimentos.

Alguns entrevistados percebiam de forma diversa várias questões pessoais envolvidas nos atendimentos clínicos, uma vez que eles atribuíram certas dificuldades emocionais vivenciadas a conflitos dos quais ainda não haviam se aprofundado em suas terapias pessoais. (E18, p. 105-106). Nestes casos, acredito ser possível fazer uma aproximação destes resultados com as contribuições de Ferenczi (1928/1992) e Racker (1953/1982) referentes, respectivamente, ao atributo do sentir com e ao posicionamento duplo. Assim, seria possível que estes psicoterapeutas-aprendizes pudessem perceber algumas ressonâncias do trabalho com o inconsciente, podendo discriminar intelectualmente as repercussões deste trabalho. Ao

me referir a este posicionamento enquanto uma possibilidade, considero a minha percepção do que foi relatado enfocando os psicoterapeutas, uma vez que as repercussões clínicas advindas não se constituíram como um objetivo deste estudo.

Os psicoterapeutas-aprendizes demonstraram dificuldades para compreender e integrar o que acontecia na experiência com a entrevistadora e consigo mesmos. Para eles incluir-se na relação terapêutica parecia representar um perigo, como se aquilo que emergisse deles no encontro clínico precisasse ficar a parte, isolado e separado, denotando um possível risco de misturarem-se ou confundirem-se na relação. Este fenômeno pode ser justificado pela própria relação intersubjetiva, a qual suscita reações diante de um desconhecido que é interno (Santos Filho, 2007).

As dificuldades referidas pelos psicoterapeutas-aprendizes apresentadas nesta categoria podem relacionar-se ao que autores mencionados anteriormente no presente estudo denominam como sentimentos (Alves, 2011; César & Juca-Vasconcelos, 2017; Soussumi, 2003). Compreendê-los implicaria em uma elaboração acerca das vivências emocionais em um estado mais avançado, incluindo a percepção “dos mapas sensoriais do corpo” (Soussumi, 2003, p. 580). Como a percepção das próprias emoções se constitui como um aspecto ainda a ser elaborado pelos psicoterapeutas-aprendizes é compreensível que eles apresentem dificuldades para integrar as próprias vivências durante os atendimentos clínicos, de modo que prevaleça uma certa turbulência emocional no *setting* clínico. Sob este vértice seria possível ampliar a compreensão daquilo que emerge no trabalho psicoterapêutico.

6.4 SUPERVISÃO E VIVÊNCIAS EMOCIONAIS

A mudança de atitude dos entrevistados ao discorrerem sobre a supervisão foi notável. Este momento pareceu-me o mais descontraído, de modo que os psicoterapeutas-aprendizes

se apresentaram muito à vontade para falar, expressando-se de forma diversa e parecendo menos defensivos a respeito das emoções vivenciadas.

A compreensão da supervisão enquanto um espaço de aprendizado foi destacada por alguns entrevistados, considerando que a articulação do supervisor parecia proporcionar suporte teórico e metodológico para as dificuldades emergentes nos atendimentos, em conformidade com os autores mencionados neste estudo (Lopes & De Castro, 2018; Mendes, 2012; Silva et al., 2017). Assim, a impressão que tive foi de que a supervisão parecia representar um espaço de aproximação entre a prática e a teoria (E12, p. 107), dando-lhes sentidos e subsídios para o entendimento das experiências clínicas.

Por outro lado, notei nos entrevistados um posicionamento eminentemente técnico, no que se refere às formas de se lidar com as emoções vivenciadas. Estas, por sua vez, adquiriam um caráter de algo a ser controlado mecanicamente, vistas sobretudo pelo ponto de vista intrapsíquico o que me leva a supor que pela via do aprendizado teórico-metodológico os psicoterapeutas-aprendizes pareciam sentir-se mais seguros. No entanto, a segurança almejada por eles relacionava-se a formas de aprender a lidar com as emoções vivenciadas por meio da neutralidade, considerada como necessária para alguns psicoterapeutas.

Além disso, a forma de sentirem-se acolhidos também foi mencionada por outros entrevistados. A supervisão clínica pode integrar também um espaço no qual as vivências dos psicoterapeutas-aprendizes encontram um respaldo emocional. Assim, a possibilidade de estarem à vontade, desabafar, falarem das vivências emocionais (E2, E8, p. 108), demonstrar suas vulnerabilidades, direcionadas para a figura do supervisor, parecia ajudá-los a entender melhor o que acontecia consigo mesmos e nos atendimentos clínicos.

O respaldo emocional encontrado na supervisão, percebido por outros autores já mencionados no presente estudo (Gallo-Belluzzo et al., 2013; Lopes & De Castro, 2018; Ribeiro et al., 2008; Sei & Paiva, 2011), a meu ver, parecia relacionar-se mais à figura dos

psicoterapeutas-aprendizes, em detrimento das experiências emocionais vivenciadas pela dupla psicoterapêutica. Na dinâmica da entrevista estes psicoterapeutas-aprendizes apresentavam relatos especiais e significativos sobre seus supervisores, os quais pareciam representar para os entrevistados pessoas muito importantes e queridas. A expectativa para o dia da supervisão parecia demonstrar uma necessidade premente (E6, E13, p. 108). A forma como se sentiam acolhidos e amparados era diversa. Embora a discussão do caso clínico fosse manifestada conscientemente e justificada como o motivo, minha percepção era de que os entrevistados necessitavam de um outro cuidado, semelhante ao materno. Estes aspectos, presentes na dinâmica da relação entrevistadora-entrevistados integram o caráter fenomenológico da própria pesquisa clínica-qualitativa (Turato, 2003/2013) sendo pertinentes para a compreensão do que emerge nas entrelinhas das falas.

O percurso da psicoterapia pessoal dos entrevistados, que aliás não havia sido questionado nas entrevistas, chamou a atenção e merece ser destacado, pois naqueles que o mencionaram percebi uma diferença significativa na forma de vivenciar, integrar os atendimentos clínicos e compreender a supervisão. Por meio da supervisão, alguns psicoterapeutas relataram vivências clínicas cujas repercussões foram trabalhadas em psicoterapia pessoal, de modo que lhes foi possível observar o estreito entrelaçamento entre as emoções sentidas nos atendimentos clínicos e a própria história de vida, mostrando-se mais sensíveis na relação psicoterapêutica (E18, p. 103-104).

Observei também que compartilhar as vivências emocionais junto ao professor e demais colegas parecia conferir uma sensação de pertencimento, ou seja, o intercâmbio emocional presente na supervisão assemelhava-se a um vínculo no qual os integrantes desta relação pareciam testemunhar as vicissitudes dos encontros psicoterapêuticos. Assim, a familiaridade das dificuldades vivenciadas e compartilhadas entre os psicoterapeutas-aprendizes (E10, p. 109) parecia denotar uma sensação de segurança, na qual a experiência de

compartilhar e aprender com os demais atendimentos do grupo de supervisão era profícua, o qual condiz com os dados mencionados na literatura (Aguirre, 2000; Barbosa et al., 2015; Sei & Paiva, 2011)

A partir dos dados encontrados nesta categoria cabe ressaltar alguns aspectos necessários para a compreensão destes resultados. Acredito ser justificável que o olhar dos psicoterapeutas-aprendizes esteja preponderantemente voltado para si mesmos, uma vez que eles estão vivenciando o início de uma trajetória, cujo processo de formação no enfoque psicanalítico é contínuo.

As vivências emocionais que permeiam os atendimentos clínicos, suas intensidades e amplitudes fazem parte deste processo de descoberta. Embora alguns psicoterapeutas-aprendizes mencionem a necessidade de uma fronteira, que separe as próprias vivências emocionais, daquelas que emergem dos pacientes, o caminho para a compreensão do entrelaçamento das mesmas se compõe como um longo trajeto a ser percorrido. O momento da supervisão e toda a troca que permeia esta situação são aspectos que auxiliam no desenvolvimento deste processo de identidade do ser psicoterapeuta.

6.5 QUESTIONAMENTOS QUANTO AO FUTURO PROFISSIONAL

Os psicoterapeutas-aprendizes apresentaram questionamentos e reflexões sobre a capacidade que têm para lidar com a complexidade dos conteúdos que emergem na clínica. (E6, E19, p. 111; E20, p. 111-112). As reações ocasionadas pela relação psicoterapêutica parecem ilustrar os limites de si próprios, quase um pedido de socorro, como se os entrevistados se questionassem até onde poderiam chegar como psicoterapeutas.

A prática em clínica psicanalítica, referida em sua densidade, parece revelar um percurso difícil e angustiante. Ao mesmo tempo que o fim da graduação parece representar

uma conquista, é também fonte de preocupações sobre o lugar a ser ocupado após a formação (E8, p. 111), conforme mencionado pela literatura (Barbosa et al., 2015; Lopes & De Castro, 2018). No entanto, considerando-se o enfoque psicanalítico, este lugar - intimamente relacionado à própria subjetividade - comporta uma travessia nada previsível, pois os intercâmbios emocionais que se estabelecem na clínica estão sujeitos a todo momento a irrupções de ambos os lados. O caráter consciente e inconsciente da reciprocidade desta relação expõe, tanto o psicoterapeuta quanto o paciente, a uma trama cujo desenlace dependerá do desejo de cada um em ser mero espectador ou protagonista.

Acredito que os questionamentos mencionados pelos entrevistados representem o começo de um processo, cujo percurso dependerá também da capacidade de suportarem e continuarem se indagando sobre os significados e sentidos das vivências emocionais. Por este ângulo, o caminho que se abre talvez não contemple mais a ilusão de uma possível segurança sentida, tal como aquela vivida um dia na extensão do corpo materno.

A geografia é outra.

O espaço do qual se trata a clínica psicanalítica coloca um *eu* e um *outro*, incluindo tudo aquilo que transita nesta relação entre o que é falado e o que não é falado, sobretudo entre o que é vivenciado emocionalmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste percurso tenho a sensação de ter mergulhado em um mar de vivências emocionais partilhadas pelos psicoterapeutas-aprendizes. Permitindo-me acompanhá-los nesta travessia, cujos movimentos deslocavam-se em conformidade às oscilações emocionais, acompanhei mergulhos em águas desconhecidas, onde medos, ansiedades e inseguranças permeavam a superfície e profundidade destas águas. Quando a agitação emocional reverberava questões tão familiares e ao mesmo tempo tão estranhas, as águas do mar pareciam refletir a si mesmos, tal como uma imagem, ora espelhada ora translúcida.

Para os psicoterapeutas-aprendizes, percorrer a extensão das experiências emocionais, refletindo sobre as próprias emoções, revelou movimentos internos inusitados, talvez despercebidos ou guardados em lugares seguros e, aparentemente, ainda “impensáveis” por eles mesmos. Neste caso, a imensidão das emoções, assim como a do mar, parecia inibir o mergulho. No entanto, a possibilidade de adentrar nestas águas profundas e desconhecidas parecia mais exequível a partir do acolhimento e amparo de um outro, o supervisor, cuja continência, semelhante à materna, possibilitava um mergulho feito a dois ou partilhado com o grupo.

As inquietações sentidas por mim desde a época da graduação, que me levaram a interrogações acerca do sofrimento dos profissionais da saúde e, especificamente, das emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes, permitiram-me formular que nas experiências da clínica psicanalítica, estes parecem transitar também a partir de suas próprias emoções. A vivência destas, nomeadas como ansiedade, medo, insegurança e nervosismo, demarcam dificuldades que emergem a partir do encontro com o outro, no qual eles dificilmente saem ilesos: misturam-se e confundem-se nas amarras das histórias contadas e escutadas. Falar sobre a percepção das próprias emoções, quando se percorre todo um trajeto

durante a graduação onde o ouvido atento para o outro prepondera nos ensinamentos, causa espanto e desconcerta. A presença marcante e necessária do supervisor para compreender as sutilezas e estranhezas do encontro clínico e, sobretudo, das emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes parece ser o sustentáculo para a elaboração destas vivências.

A conclusão deste estudo não representa o término desta travessia, porém sinaliza movimentos e transformações presentes nos intercâmbios emocionais, cuja apropriação produz uma vivência singular da clínica psicanalítica, quando nos comprometemos a vivenciar emocionalmente as potencialidades das comunicações.

REFERÊNCIAS

- Abdalla, I. G., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2008). Desafios do ensino de psicologia clínica em cursos de psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(4), 806-819. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400012&lng=pt&tlng=pt.
- Aguirre, A. M. B. (2000). A primeira experiência clínica do aluno: ansiedades e fantasias presentes no atendimento e na supervisão. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 2(1). Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1116/825>.
- Aguirre, A. M. B.; Herzberg, E., Pinto, E. B., Becker, E., Moreira, H., Carmo, S., & Santiago, M. D. E. (2000). A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. *Psicologia USP*, 11(1), 49-62. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2009000300015&lng=pt&tlng=pt.
- Albuquerque, C. X. de. (2010). Algumas reflexões sobre a psicanálise, ontem e hoje. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(1), 21-25. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Alexandroff, M. C. (2012). O Papel das emoções na constituição do sujeito. *Construção psicopedagógica*, 20(20), 35-56. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542012000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Alves, L. F. (2011). Sentimentos no Psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 19(1), 147-152. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932011000100013&lng=pt&tlng=pt.
- Amaral, A. E. V., Luca, L., Rodrigues, T. D. C., Leite, C. D. A., Lopes, F. L., & Silva, M. A. D. (2012). Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 37-52. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Andrade, A. S., Tiraboschi, G. A., Antunes, N. A., Viana, P. V. B. A., Zanoto, P. A., & Curilla, R. T. (2016). Vivências Acadêmicas e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4), 831-846. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703004142015>.
- Barbosa, F. D., Laurenti, M. A., & Silva, M. M. (2015). Significados do estágio em psicologia clínica: percepções do aluno. *Encontro: Revista de Psicologia*, 16(25), 31-53. Recuperado de <http://pgskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/viewFile/2430/2329>.

- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (Reto, Luís Antero, trad.). São Paulo, SP. Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Bellows, K. F. (2007). Psychotherapists' personal psychotherapy and its perceived influence on clinical practice. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 71(3), 204-226. Recuperado de <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.3.204>.
- Bernardi de, B. L. (2009). Origem e evolução histórica do conceito de contratransferência. In: Zalavsky, J. & Santos, M. J. P. *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Artmed Editora, 2009.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2008). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo, SP: Saraiva.
- Brandt, J. A. (2017). Supervisão em grupo da prática clínica psicanalítica: algumas reflexões. *Vínculo*, 14(1), 1-10. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Cabaniss, D. L. (2011). Teaching psychodynamics in the 21st century. San Francisco, CA: Lecture at the Meetings of the American Psychoanalytic Association. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9201-5>.
- Cambuí, H. A., & Neme, C. M. B. (2014). O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de Psicologia. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 75-88. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Cambuí, H. A., & Ribeiro, D. P. D. S. A. (2014). A clínica dos casos difíceis no imaginário de estudantes de psicologia. *Semina. Ciências Sociais e Humanas*, 113-128. Recuperado de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/17978>.
- Carvalho, L. B., Alves, A. M. F., Passos, C. A., Lopes, F. G., Holanda, R. B., & Moreira, V. (2015). A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em fortaleza. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(1), 01-12. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Cézar, A. T., & Jucá-Vasconcelos, H. P. (2017). Sensações, sentimentos e emoções: uma articulação com a gestalt-terapia. *Revista Presença*, 2(7), 54-64. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Coelho Júnior., & Ernesto, N. (2004). Ferenczi e a experiência da Einfühlung. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 7(1), 73-85. Recuperado <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982004000100005>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2001). Pesquisa feita junto aos associados, relatório final. Disponível em <http://www.pol.org.br>.

- Coutinho, D.M.B., Mattos, A. S., Monteiro, C. F.A., Virgens, P. A. das, Monteiro, A. F. de Almeida Filho, N. M. (2013). Ensino da psicanálise na universidade brasileira: retorno à proposta freudiana. *Arq. bras. psicol*; 65(1): 103-120. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100008&lng=pt.
- Cury, B. M., & Ferreira Neto, J. L. (2014). Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: os estágios na formação do psicólogo. *Psicologia em Revista*, 20(3), 494-512. Recuperado de <https://dx.doi.org/DOI - 10.5752/P.1678-9523.2014V20N3P49>.
- Darriba, V. A. (2011). O lugar do saber na psicanálise e na universidade e seus efeitos na experiência do estágio nas clínicas-escola. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14(2), 293-306. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982011000200009>.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95-121. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2), 381-387. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>.
- Etchegoyen, R. H. (2004). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. (Settineri, Francisco Frank. trad.). Porto Alegre/RS. Artmed. (1986).
- Ferenczi, S. (1992) "A elasticidade da técnica psicanalítica", in *Sándor Ferencz. Obras completas*, v. IV. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1928).[Links]
- Fernandes, L. F.B, Miyazaki, M. C. O. S., & Silvaes, E. F. M. (2015). Caracterização da supervisão em um centro formador de Psicologia da Saúde. *Estudos de Psicologia*, 32(3), 499-509. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000300014>.
- Ferreira Neto, J. L., & Penna, L. M. D. (2006). Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 381-390. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200017>.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo – clínica, social e mercado*. São Paulo, SP: Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (2009). A Psicanálise e a clínica contemporânea. *Contemporânea- Psicanálise e transdisciplinaridade*, 7, 9-17. Recuperado de <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo202.pdf>.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais

- da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421864025>.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R. & Melo, D. B. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388-394. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
- França, J. B. N. F. (2015). Encontro analítico: a ênfase no mundo interno. *Jornal de Psicanálise*, 48(88), 219-235. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100020&lng=pt&tlng.
- Freud, S. (2017). Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 93-106, 1.ed, vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1912a).
- Freud, S. (2017). A Dinâmica da Transferência. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 107-120, 1.ed.,vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1912b).
- Freud, S. (2017). Sobre o início do tratamento. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 121-149, 1.ed.,vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (2017). Lembrar, repetir e perlaborar. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 151-164, 1.ed.,vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2017). Observações sobre o amor transferencial. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 165-204, 1.ed.,vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2017). A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 205-313, 1.ed.,vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2017). A análise finita e a infinita. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 315-364, 1.ed.,vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2017). Caminhos da terapia psicanalítica. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (C. Dornbusch, trad, pp. 191-204, 1.ed.,vol. 6). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1919b).

- Freud, S. (2016). A Psicoterapia da histeria. In: S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 2: Estudos sobre a histeria, P. C. de Souza, trad., pp. 358-427). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (2013). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: S. Freud, *Obras completas* (Vol. 9: Observações sobre um caso de neurose obsessiva, uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 287-301). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18: Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos 1920-1922). São Paulo, SP: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1974). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: S, Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7: Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos 1901-1905). São Paulo, SP: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1969). Deve a psicanálise ser ensinada na universidade? In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 17, Salomão, trad., pp. 217-219). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1919a).
- Gallo-Belluzzo, S. R., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). The first experience of clinical practice on psychology students' imaginary. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(56), 389-396. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272356201313>.
- Geller, J. D., Farber, B. A., & Schaffer, C. E. (2010). Representations of the supervisory dialogue and the development of psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 211. DOI: 10.1037/a0019785
- Grosskurt, P. (1992). *O mundo e a obra de Melanie Klein*. (Rosas, Paula Maria, trad. pp. 383-411). Rio de Janeiro: Imago.
- Grotstein, J. S. (2017). "...no entanto, ao mesmo tempo e em outro nível...": teoria e técnica psicanalítica na linha kleiniana/bioniana. (J. P. M. de Souza, trad. pp. 43-51). São Paulo: Editora Blucher.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-analysis*, 31, 81-84. Recuperado de <https://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.031.0081a>.
- Heimann, P. (1954). Problems of the training analysis. *International Journal of Psycho-analysis*, (35), 163-168.
- Heimann, P. (1956). Dynamics of transference interpretations. *International Journal of Psycho-analysis*, (37), 303-310.

- Jacobsson, G., Lindgren, T. E., & Hau, S. (2012). Rites of passage: Novice students' experiences of becoming psychotherapist. *Nordic Psychology*, 64(3), 192-202. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19012276.2012.731313>.
- Januário, L. M., & Tafuri, M. I. (2010). A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. *Psicologia Clínica*, 22(1), 57-70. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652010000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Joseph, B. (1987). Identificação projetiva – alguns aspectos clínicos. In: Spillius, E. B. *Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica*. (Vol. 1: Artigos predominantemente técnicos, B. H. Mandelbaum, trad. pp. 146-158). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Kern, C., & Luz, A. K. (2017). A psicanálise no contexto da clínica escola. *Revista de Ciências Humanas*, 51(1), 250-268. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2017v51n1p250/34484>.
- Kernberg, O. F. (2011). Psychoanalysis and the university: A difficult relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92: 609–622. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1745-8315.2011.00454.x>.
- Kichler, G. F., & Serralta, F. B. (2014). As implicações da psicoterapia pessoal na formação em psicologia. *Psico*, 45(1), 55-64. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12531>.
- Klein, M. (1991). As origens da transferência. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963*. (E. M. da Rocha e cols. pp. 71-118). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1952).
- Kupermann, D. (2008). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 75-96. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Landa, F. (1999). *Ensaio sobre a criação teórica em psicanálise*. São Paulo, SP: UNESP. Disponível em: <http://editoraunesp.com.br/catalogo/8571392536,ensaio-sobre-a-criacao-teorica-em-psicanalise>.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B., (1992). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: MartinsFontes (1982).
- Lima, M. J., Macedo, R. M. S., & Cervený, C. M. de O. (2015). Novas demandas para o fazer do psicólogo clínico no encontro com o social. *Boletim de Psicologia*, 65(142), 45-58. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000100005&lng=pt&tlng=pt.

- Lopes, J. D. S. S., & De Castro, R. C. (2018). De estagiário à psicoterapeuta: sobre a descoberta de um novo lugar. *Quaderns de Psicologia*. Recuperado de <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v20-n2-lopes-castro>.
- Lustoza, R. Z., & Pinheiro, N. N. B. (2014). Discurso universitário e função do estágio na clínica-escola: contribuições da psicanálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 02-14. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072014000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Macedo, M. M. K., & Dockhorn, C. N. B. F. (2015). Psicanálise, pesquisa e universidade: labor da especificidade e do rigor. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483547667010>.
- Magalhães, M., Stralio, M., Keller, M., & Gomes, W. B. (2001). Eu quero ajudar as pessoas: a escolha vocacional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 10-27. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1414-98932001000200003&lng=en&tlng=pt.
- Marcos, C. M. (2011). Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão. *Psicologia Clínica*, 23(2), 205-220. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652011000200013&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Marcos, C. M. (2012). A Supervisão em psicanálise na clínica escola: breve relato de uma pesquisa. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 12(3-4), 853-872. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200015&lng=pt&tlng=pt.
- Mattos, J. A. J. D., & Braga, J. C. (2009). Consciência moral primitiva: um vislumbre da mente primordial. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(3), 141-158. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2009000300015&lng=pt&tlng=pt.
- Meira, C. H. M. G., & Nunes, M. L. T. (2005). Psicologia clínica, psicoterapia e o estudante de psicologia. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(32), 339-343. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2005000300003.
- Mendes, E. R. P. (2012). Sobre a supervisão. *Reverso*, 34(64), 49-55. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952012000300007&lng=pt&tlng=pt.
- Mencarelli, V. L. (2010). Compaixão na contratransferência: cuidado emocional a jovens HIV+(s). (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br.
- Mezzomo, L. (2008). Aprendendo a fazer psicanálise: dificuldades e conflitos de uma psicoterapeuta no início de suas atividades clínicas (Dissertação de Mestrado, Pontifícia

- Universidade Católica de São Paulo). Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15690>.
- Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C. de Souza (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Moreira, F. B. (2018). A transferência na relação analítica: um retorno a Freud e Ferenczi. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 39(1), 85. Recuperado de <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2018v39n1p85>.
- Oliveira, M. S, Pereira, R. F., Peixoto, A. C. A., da Rocha, M. M., de Oliveira-Monteiro, N. R., Macedo, M. M. K., & de Mattos Silveiras, E. F. (2014). Supervisão em serviços-escola de psicologia no Brasil: perspectivas dos supervisores e estagiários. *Psico*, 45(2), 249-249. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6678128>.
- Palhares, M. D. C. A. (2008). Transferência e contratransferência : a clínica viva. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 100–111. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100011&lng=pt&tlng=pt.
- Parth, K., Datz, F., Seidman, C., & Löffler-Stastka, H. (2017). Transference and countertransference: A review. *Bulletin of the Menninger Clinic*. Vol. 81, N. 2, pp. 167-211. Recuperado de <https://doi.org/10.1521/bumc.2017.81.2.167>.
- Paulino, M. (2013). A emoção como experiência humana: a perspectiva do psicoterapeuta. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 11, 52-59. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.10/1102>.
- Pereira, N. M., & Kessler, C. H. (2016). Reflexões acerca de um início: psicanálise e clínica na universidade. *Psicologia em Revista*, 22(2), 469-485. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a13.pdf>.
- Pinheiro, N. N. B., & Maia, M. V. M. (2015). Por favor, chamem a professora! Relato de uma Experiência Clínica. *Educação & Realidade*, 40(3), 883-898. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/2175-623644720>.
- Pinheiro, N. N. B., & Darriba, V. A. (2011). Elementos para interrogar uma clínica possível a partir da psicanálise na universidade. *Interação em Psicologia*, (15), 99-103. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/25382/17009>.
- Pinheiro, N. N. B., & Darriba, V. A. (2010). A clínica psicanalítica na universidade: reflexões a partir do trabalho de supervisão. *Psicologia Clínica*, 22(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652010000200004&lng=pt&tlng=pt.

- Pires, V. S., & da Silva, S. M. C. (2012). O Processo de Subjetivação Profissional Durante os Estágios Supervisionados em Psicologia. *Psico*, 43(3), 11. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9857/8238>.
- Poletto, R. C. (2003). Demandas do processo psicodiagnóstico: considerações teóricas e clínicas sobre as vivências das estudantes de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 2-9. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000300002&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Poli, M. C., & Schneider, V. S. (2014). Sobre a supervisão em psicanálise: relendo Freud a partir de Lacan. *Psicologia Clínica*, 26(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291031730010>.
- Prestes, J. F. C., & Coutinho, D. M. B. (2019). A presença da psicanálise na universidade brasileira: uma análise bibliométrica. *Diálogos Possíveis*, 17(2). Recuperado de <http://revistas.faculdadesocial.edu.br/index.php/dialogospossiveis/article/viewFile/513/73>.
- Rabêlo, F. C., & Dias, R. R. (2013). A transferência: dos primórdios da psicanálise aos estudos sobre histeria. *Estilos Da Clínica*, 18(3), 574-590. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000300010&lng=pt&nrm=isso.
- Racker, H. (1982). A neurose de contratransferência. In: H. Racker, *Estudos sobre técnica psicanalítica*. (Abreu, J. C. de Almeida, trad., pp. 100-119). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1953).
- Racker, H. (1982). Significados e usos da contratransferência. In: H. Racker, *Estudos sobre técnica psicanalítica*. (Abreu, J. C. de Almeida, trad., pp. 120-157). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1957).
- Racker, H. (1982). Sobre técnica clássica e técnicas atuais da psicanálise. In: H. Racker, *Estudos sobre técnica psicanalítica*. (Abreu, J. C. de Almeida, trad., pp. 28-63). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958).
- Ramos, S., & Ramos, J. A. (2016). A contratransferência segundo Paula Heimann (1950): síntese e reflexão crítica.
- Ribeiro, M. F. D. R. (2016). Uma reflexão conceitual entre identificação projetiva e enactment: O analista implicado. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 38(35), 11-28. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952016000200001&lng=pt&tlng=pt
- Ribeiro, D. V. D. A., Azevedo, R. C. S. D., & Turato, E. R. (2013). Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1827-1834. Recuperado de <http://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n6/1827-1834/>
- Ribeiro, D. P. D. S. A., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia* (28):

- 135-145. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200011&lng=pt.
- Risk, E. N. & Santos, M. A. (2015). O Delicado Manejo da Transferência em Paciente de Difícil Acesso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1074-1088. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6122607>.
- Romera, M. L. C., & Alvarenga, C. (2010). O ensino da psicanálise na universidade: do legado de um impossível à invenção de possibilidades. *Jornal de Psicanálise*, 43(79), 187-199. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352010000200014&lng=pt&tlng.
- Rudá, C., Coutinho, D., & Almeida Filho, N. (2015). Formação em psicologia no Brasil: o período do currículo mínimo (1962-2004). *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 29, 59-85. Recuperado de <https://seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6297/4776>.
- Santos Filho, F. C. (2007). Conhecendo o inconsciente: relato da experiência com o ensino da psicanálise na universidade, com alunos do terceiro ano de graduação em psicologia. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(2), 78-87. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Sarnat, J. E. (2012). Supervising psychoanalytic psychotherapy: present knowledge, pressing needs, future possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42: 151-160. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9201-5>.
- Scorza, F. A. (2009). Entrevista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43 (3), 15-25. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v43n3/v43n3a02.pdf>.
- Sei, M. B., & Colavin, J. R. P. (2016). Desistência e abandono da psicoterapia em um serviço-escola de Psicologia. *Rev. Bras. Psicoter.(Online)*, 18(2), 37-49. Recuperado de http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=200.
- Sei, M. B., & Paiva, M. L. de S. C. (2011). Grupo de supervisão em Psicologia e a função de holding do supervisor. *Psicologia Ensino & Formação*, 2(1), 9-20. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612011000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Setubal, J. C. (2016). Desconcertos na ciência. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 50, n. 3, p. 145-152. Recuperado de <http://www.iq.usp.br/setubal/desconcertosCienciaRBP2016.pdf>.
- Silva, J. A. P., Coelho, M. T. Á. D., & Pontes, S. A. (2017). Psicanálise e universidade: a experiência do estágio em psicologia clínica com orientação psicanalítica. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(1), 44-49. Recuperado de <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1065>.

- Silva, M. R., Gasparetto, L., & Campezatto, P. M. (2015). Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: tangências e superposições. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 39-46. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Soussumi, Y. (2003). Uma experiência prática de psicanálise fundamentada pela neuropsicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37 (2/3): 573-596.
- Tanis, B. (2014). O pensamento clínico e o analista contemporâneo. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 197-214. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Timo, A. L. R. (2013). A teoria da técnica psicanalítica: contratransferência em questão. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais). Recuperado de www.teses.usp.
- Timo, A. L.R., & Ribeiro, P. de C. (2017). Contratransferência: surgimento e evolução do conceito em teóricos das relações objetais. *Gerai s : Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 275-293. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes (2003).
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 507-514. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext&tlng=en
- Urquiza, M. de A., & Marques, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos*, 16(1), 115-144. Recuperado de DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>.
- Wallerstein, R. (2005). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: Raízes históricas e situação atual. In: C.L. Eizirik, R.W. Aguiar e S. S. Schestasky (eds.) *Psicoterapia de orientação psicanalítica: Fundamentos teóricos e clínicos*, pp. 43-57. Porto Alegre: Artmed. Recuperado de http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/E/EIZIRIK_Claudio_Laks/Psicoterapia_Orientacao_Analitica_3ed/Lib/Amostra.pdf.
- Wegner, Peter. (2012). A formação do psicanalista na Alemanha e Europa. *Jornal de Psicanálise*, 45(82), 45-55. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100004&lng=pt&tlng=pt.

- Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (D. Bogomoletz, trad.pp. 277-304). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1947).
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad.pp. 374-392). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (2000). Formas Clínicas da transferência. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad.pp. 393-398). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1983). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, RS: Editoras DA. (Trabalho original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (1983). Contratransferência. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, RS: Editoras DA. (Trabalho original publicado em 1960).
- Zaslavsky, J., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2005). Approaching countertransference in psychoanalytical supervision: a qualitative investigation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(4), 1099-1131.
- Zaslavsky, J., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2003). A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 297-309. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000200006>
- Zaslavsky, J., & Santos, M. D. (2005). Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 293-301. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300008>.
- Zambelli, C. K., Tafuri, M. I., Viana, T. de C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1), 179-195. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S01103-56652013000100012>.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica, clínica—uma abordagem didática*. Porto Alegre, RS. Artmed Editora.
- Zuanazzi, A. C., & Sei, M. B. (2014). Psicoterapia familiar psicanalítica: reflexões sobre os fenômenos transferenciais e contratransferenciais em um serviço-escola de psicologia. *Vínculo*, 11(1), 16-24. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902014000100004&lng=pt&tlng.

ANEXOS

ANEXO A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Título da pesquisa: Estudo sobre as vivências emocionais do estudante de psicologia nos atendimentos na clínica-escola**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “Estudo sobre as vivências emocionais do estudante de psicologia nos atendimentos na clínica-escola”, realizada na Universidade Estadual de Londrina. Os objetivos da pesquisa são: “investigar as emoções vivenciadas pelos estudantes graduação em Psicologia durante os estágios em clínica psicanalítica e analisar os sentimentos percebidos em si mesmos pelos psicoterapeutas-aprendizes nos atendimentos em psicoterapia psicanalítica”.

A sua participação é muito importante e se dará da seguinte forma: você será convidado a responder a uma entrevista, a ser realizada pela pesquisadora, na sua própria Instituição de Ensino, fora do horário das suas atividades curriculares. Esta entrevista pode durar aproximadamente 60 minutos e será gravada, a fim de que os dados sejam transcritos e posteriormente analisados. Ao final do projeto os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em meios acadêmicos e em revistas especializadas, preservando o anonimato dos entrevistados.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar; ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: ampliar o conhecimento sobre as experiências vivenciadas pelos estudantes de psicologia durante os atendimentos psicológicos e refletir sobre possíveis alternativas para melhor preparar os alunos nos desafios da prática clínica psicanalítica.

Informamos que você não pagará nem será remunerado por sua participação na pesquisa. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato diretamente com a pesquisadora (**Mestranda: Andréa Kioko Sonoda Gomes**) fone (43) 99612-1943, e mail andreakioko@yahoo.com.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, localizado no LABESC – Laboratório Escola, Campus Universitário, telefone 33715455.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 20__.

Andréa Kioko Sonoda Gomes
Pesquisadora Responsável

_____ (nome por extenso do psicoterapeuta sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data:

ANEXO B

Data: __/__/____

Início:__:__h Término:__:__h

Duração em min.: _____

Dados pessoais de identificação do entrevistado

- 1) Nome completo: _____
- 2) Instituição de Ensino: _____
- 3) Sexo: _____
- 4) Data de nascimento: __/__/____
- 5) Idade em anos completos _____
- 6) Desde quando iniciou os estágios em psicologia clínica: _____
- 7) Quantos pacientes atendeu até o momento presente: _____
- 8) Em média quantas sessões foram realizadas: _____
- 9) Email: _____

ANEXO C

Questões disparadoras da entrevista:

1. Gostaria que você relatasse a sua experiência como estagiário em psicologia clínica.
2. Gostaria de saber como você se sente durante os atendimentos na clínica.
3. Como você se sentiu durante os primeiros contatos com os pacientes? E agora?
4. As emoções e os sentimentos dos pacientes afetam você de alguma forma? Em algum momento você se sentiu mobilizado por estas emoções?
5. Você pode falar a respeito das emoções que percebe em si mesmo durante os atendimentos na clínica?
6. Como você lida com os sentimentos que vivencia durante as sessões?
7. Como você se sente durante as supervisões dos casos atendidos por você?
8. Qual a importância de você partilhar as emoções os sentimentos vivenciados nos atendimentos durante as supervisões?