

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

JULIANA HOLANDA DA SILVA

IRIS: CONSTRUÇÕES ACERCA DA CLÍNICA DAS PSICOSES

NATAL/RN

2017

JULIANA HOLANDA DA SILVA

IRIS: CONSTRUÇÕES ACERCA DA CLÍNICA DAS PSICOSES

Trabalho de Conclusão de Curso de psicologia, apresentado ao Centro universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) como requisito final para obtenção do título de psicólogo.

Orientador: Prof. Erick Leonardo Pereira

NATAL/RN

2017

Catálogo na Publicação – Biblioteca doUNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Silva, Juliana Holanda da.

Iris: construções acerca da clínica das psicoses./Juliana Holanda da Silva. – Natal, 2017.
25 f.

Orientadora:Profª. Erick Leonardo Pereira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro
Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Iris – TCC. 2. Psicologia – TCC. 3. Clínica das psicoses – TCC. I.
Pereira, Erick Leonardo. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 159.9

JULIANA HOLANDA DA SILVA

IRIS: CONSTRUÇÕES ACERCA DA CLÍNICA DAS PSICOSES

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

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Erick Leonardo Pereira
Orientador

Rozeann Soares de Souza
Leitora

Rocelly Dayane Teotonio da Cunha
Coordenadora do curso de psicologia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha avó Thais Gurgel, por ter sempre me incentivado nos estudos e por me passar calma nos momentos mais difíceis. Agradeço a minha mãe Radilma Gurgel por ter me feito ter motivos extras para não desistir dos meus sonhos.

Agradeço aos meus colegas de supervisão e ao meu orientador, por estarem sempre ao meu lado ao longo dessa jornada, contribuindo para o meu crescimento. Aos meus amigos que estiveram me apoiando e não me deixaram desistir nos momentos difíceis.

“Tenho palavras em mim buscando canal,
são roucas e duras,
irritadas, enérgicas,
comprimidas há tanto tempo,
perderam o sentido, apenas querem
explodir.”

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O presente trabalho trata da construção feita acerca da clínica das psicoses, onde foi contado o caso de Iris, atendida durante o estágio obrigatório nas Clínicas Integradas do UNI-RN. Foi utilizada a perspectiva psicanalítica, tomando como base os estudos de Freud e a leitura de Lacan, assim como outros psicanalistas para embasar o estudo. Foi exposta a questão do diagnóstico em psicanálise e a sua importância para a condução do tratamento. Também foi exposta a questão da postura do analista em casos de psicose e considerações sobre o mecanismo da paranoia.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicose; Paranoia.

ABSTRACT

The present work deals with the construction made on the psychosis clinic, where the Iris case was told, the case was heard during the mandatory internship at the UNI-RN Integrated Clinics. The psychoanalytical perspective was used, based on the studies of Freud and the reading of Lacan, as well as other psychoanalysts to support the study. It was exposed the issue of diagnosis in psychoanalysis and the importance for conducting the treatment. Also discussed the question of the analyst's position in cases of psychosis and considerations about the mechanism of paranoia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. SOBRE O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE E A ESTRUTURA PSICÓTICA.....	17
3. CASO IRIS.....	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
6. ANEXOS.....	30

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio conta um estudo caso atendido nas Clínicas Integradas do UNI-RN, ao longo do ano letivo de 2017, através do estágio obrigatório para a graduação em psicologia. O estágio obrigatório foi uma oportunidade de atuar no âmbito clínico e aplicar o que aprendemos em sala de aula ao longo desses cinco anos de curso, tendo o privilégio de ter como orientador e supervisor de estágio o professor Erick, para dar suporte.

Escolhi a psicanálise, porque de certa forma sempre simpatizei com a abordagem, a pesar de ter passado boa parte do curso pensando que era muito difícil e não seria para mim. No entanto, não pude fugir do meu desejo e embarquei nesse desafio, clamando por uma postura ética e cuidadosa na clínica.

Ao longo do estágio além de atendermos pacientes em psicoterapia, também fizemos plantões psicológicos, sendo eles de duas horas por semana. Assim, fui capaz de atender tanto em psicoterapia quanto no plantão, o que foi de suma importância para a aprendizagem de uma escuta mais atenta, o que exigiu muita leitura acerca do atendimento em psicanálise.

Ainda tivemos supervisões em grupo e individuais para discutir os casos e pensarmos juntos na direção do tratamento. Essa troca de experiências foi enriquecedora tanto para mim, quanto para os meus colegas, que pudemos construir juntos nossa base para a escuta clínica, além de recebermos aporte teórico para nos ajudar do nosso supervisor.

No presente relatório vou falar a cerca desse aporte teórico que tivemos, falando um pouco da abordagem psicanalítica, que começou com Freud e até hoje reúne estudiosos. Para fechar faço o relato do caso de Iris, ao qual foi escutado por mim em psicoterapia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O interesse de Sigmund Freud para estudar e vir então a criar a psicanálise aconteceu quando o mesmo ainda era aluno da Universidade de Viena e discípulo do Dr. Josef Breuer. Nessa época, em 1882, Freud teve a oportunidade de acompanhar o caso de Anna O., uma histérica¹ tratada por Breuer através da hipnose, daí surge o interesse pela escuta dessas mulheres que sofriam de tal patologia. Foi observado que quando sob hipnose a paciente de Breuer relatava cenas vividas, que detinham certo valor afetivo. Ao falar sobre elas lhe promovia algum alívio, no entanto não durava muito tempo, como foi relatado pelo autor no trecho a seguir sobre os avanços do caso de Anna O.:

Depois de relatar certo número dessas fantasias, ela se achava como que libertada, retornando à vida psíquica normal. Esse bem-estar permanecia durante várias horas, mas no dia seguinte dava lugar a uma nova ausência, que do mesmo modo cessava com a exteriorização de novas fantasias. Não se podia escapar à impressão de que a alteração psíquica manifestada nas ausências era consequência do estímulo que emanava dessas fantasias tão carregadas de afetos. A própria paciente, que, curiosamente, falava e compreendia apenas o inglês nesse período da doença, deu a esse novo tipo de tratamento o nome de “*talking cure*” [cura pela fala], e também referiu-se a ele, de maneira jocosa, como “*chimneysweeping*” [limpeza de chaminé]. (FREUD, 2014/1910, p. 226).

Ao passo que se foi observado que ao falar sobre essas fantasias havia um apaziguamento das perturbações da paciente, logo foi descoberto que era possível fazer desaparecer sintomas patológicos quando era lembrada, sob hipnose, do momento em que esses sintomas haviam aparecido pela primeira vez. (Freud, 2014/1910). A paciente em questão, denominada Anna O., era uma moça de 21 anos, que adoeceu enquanto cuidava do seu pai, que veio a falecer. Ela desenvolveu vários sintomas físicos, como distúrbios na visão, audição e na fala,

¹ As histéricas, como eram chamadas na época, eram mulheres que apresentavam sintomas físicos, como paralisias e tiques, em decorrência de algum trauma psicológico. Freud aponta que essas senhoras sofrem de reminiscências de experiências afetivas que foram recalcadas e se tornaram inconscientes, então um sintoma se estabelece como resposta (Freud, 2010/1913). Hoje sabemos que não apenas as mulheres sofrem de histeria, mas alguns homens também.

além de distúrbios psíquicos. Em um certo momento apresentou uma severa hidrofobia. Tal aversão para tomar água foi curada quando a mesma estava hipnotizada e relatou que viu o seu cãozinho bebendo de um copo, então acontece o estopim que fez o sintoma ser curado e tal cena aparece no relato do autor:

Depois de energeticamente dar expressão à fúria que lhe ficara retida, pediu para beber, bebeu sem dificuldade um grande volume de água e despertou da hipnose com o copo nos lábios. Com isso, o transtorno desapareceu para sempre. (FREUD, 2014/1910, p. 227).

Nesse momento Freud ainda utilizava o método catártico, desenvolvido por Breuer, acreditando que apenas quando o paciente estava hipnotizado conseguiria acessar tais cenas que lhe eram “esquecidas” em seu estado normal. Logo, ele abandonou esse método, pois muitos de seus pacientes não eram suscetíveis a ficar em tal estado de relaxamento. “Como não podia alterar à vontade o estado psíquico da maioria de meus doentes, propus-me trabalhar com seu estado normal”, diz Freud no texto Cinco Lições de Psicanálise, em 1910. Ao abandonar o método catártico, foi adotado por ele o método da sugestão, afirmando que ao colocar a mão na testa da paciente a mesma se lembraria da origem do trauma. Depois o autor detectou a existência das resistências, que são forças que impedem que o conteúdo recalcado pelo inconsciente retorne à consciência. Assim, se fez necessário o abandono da hipnose, já que nesse estado o paciente não enfrenta as suas resistências, para que seja possível elaborar o trauma e fazendo com que isso se torne algo mais suportável.

A hipnose esconde a resistência e torna acessível determinado âmbito da psique, mas em troca, acumula a resistência nos limites desse âmbito, formando uma muralha que torna inacessível tudo o que está além. (Freud, 2014/1910, p. 245).

Após algum tempo usando a sugestão de que quando colocasse a mão na testa a primeira coisa que lhes viesse à mente teria correlação com o sintoma apresentado, foi percebido que isso só acontecia nas primeiras vezes em que esse método foi aplicado. Desde então, foi adotada a associação livre, em que se pede ao

paciente para falar o que lhe vem à cabeça, sem se preocupar com as críticas, e através do discurso o analista extrai os significantes que apontam para o sintoma.

Fazemo-lo comprometer-se a obedecer à regra fundamental da análise, que dali em diante deverá dirigir o seu comportamento para conosco — deve dizer-nos não apenas o que pode dizer intencionalmente e de boa vontade, coisa que lhe proporcionará um alívio semelhante ao de uma confissão, mas também tudo o mais que sua auto-observação lhe fornece, tudo o que lhe vem à cabeça, mesmo que lhe seja desagradável dizê-lo, mesmo aquilo que lhe pareça sem importância ou realmente absurdo. Se depois dessa injunção ele conseguir pôr sua autocrítica fora de ação, nos apresentará uma massa de material — pensamento, ideias, lembranças — que já está sujeita à influência do inconsciente. (Freud 1937-1939/1996, p. 189).

A regra fundamental da psicanálise, a associação livre, está do lado do analisante, já por parte do analista temos a atenção flutuante, que consiste em promover uma escuta atenta a tudo que é dito pelo paciente, mesmo as coisas que parecem mais bobas e que nada tem a ver com a queixa, “escutar e não se preocupar em notar alguma coisa” (Freud, 1912/2010, p.150), nos diz o criador da psicanálise em “Recomendações ao Médico que Pratica Psicanálise”, tendo em vista que o significado de muita coisa que escutamos só virá a *posteriori*. O analista deve ficar atento aos significantes, estabelecendo um ritmo e uma comunicação entre o seu inconsciente e o do analisante. No mesmo texto, Freud alerta para o fato de que tomar notas durante a sessão atrapalha a escuta e fazendo com que, como dito antes, foque em apenas uma coisa e deixe o resto que está sendo dito passar. O autor é enfático ao dizer uma das mais importantes condições para quem quer ser um analista é estar em análise: “todo indivíduo que queira efetuar análise em outros deve primeiramente submeter-se ele próprio a uma análise com um especialista.” (Freud, 1912/2010, p. 157).

A teoria psicanalítica se estrutura em três pilares: a associação livre, a transferência e a interpretação. Ao se submeter a um processo analítico, o analista e o analisando criam uma espécie de vínculo, que foi chamado de transferência, ao qual o analisando repete sob a figura do analista a maneira como lida com suas relações de amor, que são representações do inconsciente ligados às suas relações de vínculo durante a infância, que apresentam em sua origem uma dualidade de

amor e ódio. Sendo assim, temos que o analista ocupa o lugar de Outro para o sujeito na posição transferencial, recebendo as suas demandas.

O estabelecimento da transferência é necessário para que uma análise se inicie: é o que denominamos a função transferencial das entrevistas preliminares². Mas a transferência não é condicionada ou motivada pelo analista. “Ela está aí, diz Lacan na ‘Proposição’, por graça do analisante. Não temos de dar conta do que a condiciona. Aqui ela está desde o início” A transferência não é, portanto, uma função do analista, mas do analisante. A função do analista é saber utilizá-la. (QUINET, 2009, p. 26).

No entanto, em uma análise sempre está presente outro fator, denominado resistência, fator esse que acompanha todo o seu processo. Freud em 1912, no texto “A Dinâmica da Transferência” afirma que “a transferência nos surge como resistência na psicanálise”(Freud, 1912/2010, p.138), fazendo necessário sempre a considerar, pois:

A resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que a ela se opõem. (Freud, 1912/2010, p. 139)

A resistência aparece muitas vezes na forma como o paciente, por muitas vezes, procura tirar o analista da sua posição, demandando amor, porém nada tem a ver com as características físicas do analista, nem com os seus gostos pessoais, que não devem aparecer ao se conduzir uma análise, mas com a reedição que o analisante faz pela via da fantasia da suas relações de amor, como uma espécie de regressão da libido, como é dito por Freud ainda em “A Dinâmica da Transferência”, “todas as forças que causaram a regressão da libido se levantaram como ‘resistências’ ao trabalho, para conservar esse novo estado de coisas.” (Freud, 1912/210, p. 139).

² Entrevistas preliminares, é o termo utilizado por Lacan para descrever o que Freud denomina de Tratamento de Ensaio. As entrevistas preliminares antecedem a análise propriamente dita, tem funções sintomal, diagnóstica e transferencial.

O inconsciente se atualiza, se representa, no plano da relação com o “ser real” do analista, a “pessoa” do analista como dizia Freud, ou a “pessoa atual”, como se exprime Lacan. Entretanto, isso nada tem a ver com as características pessoais do analista tais como elas se mostram na intimidade de sua vida privada ou pública, social, mas com o que o analisante, causado pela realidade da presença do analista, coloca de seu na situação analítica, a partir de seus modos inconscientes de estabelecer relações com os outros, modos que encontram sua gramática e sua lógica na estrutura da fantasia inconsciente. (ELIA, 2007, p. 24)

Freud chamou essa demanda de amor de “amor de transferência”. O analista não deve a repulsar, contudo, não deve responder a ela, o analista precisa manter uma postura ética, essencial para a condução do tratamento, tendo em vista que esse é só um momento que se deve atravessar no processo analítico. Tal postura ética, ao conduzir uma análise, implica em que o mesmo não deve operar enquanto sujeito, deixando sua subjetividade de lado, tomando uma escuta atenta e livre de julgamentos.

Ocupar o lugar de analista, sendo passível de ser objeto de transferência, significa manter-se “presente” e “ausente”. “Presente”, já que o analista é a mola propulsora da cadeia associativa, pois como sabemos, não pode haver transferência em ausência. Se é possível dizer que a transferência perdura fora do setting analítico é porque antes já houve presença. “Ausente” no sentido de não agir sobre o analisando a partir de conflitos ou de valores pessoais do analista. Nesse sentido, enquanto lugar de transferência, o analista passará a ser o significante-representante das vivências inconscientes do analisando por meio da cadeia associativa. Dessa maneira, os elementos do setting e o próprio analista podem desempenhar a função de “restos diurnos” – provocadores do inconsciente que é o objeto da psicanálise. Assim, a postura do analista será importante para provocar aberturas ou fechamentos do inconsciente. (ROCHA, 2015, p. 43)

A teoria psicanalítica trabalha com a interpretação das manifestações do inconsciente, do que é extraído do discurso reproduzido pela associação livre, dos atos falhos e dos sonhos. A linguagem nem sempre consegue dar conta de expressar tudo que se passa na verdade de cada um, nós nunca conseguimos dizer quem

realmente somos, porque o discurso não consegue abarcar tudo o que sentimos, dessa maneira, sempre nos falta algo.

Ao abandonar a hipnose, Freud decidiu tomar para si a complexa problemática do sujeito. Podemos dizer que na hipnose, tanto quanto na ciência ou na medicina, não há sujeito. O saber sobre o sintoma e suas causas, tal como é comunicado sob hipnose, não será apropriado pelo sujeito, mas pelo hipnotizador, que o manterá sob sua guarda, tanto quanto deterá o poder da sugestão sobre o hipnotizado. Ao abandonar a hipnose e instituir a associação livre, portanto, Freud se dirige ao sujeito, supondo que há algum saber do lado do sujeito, e que os elementos inconscientes (os significantes recalcados nas cadeias do inconsciente) que constituem este saber, ao emergirem na e pelas falhas da fala desse sujeito, estarão, no mesmo ato, supondo o sujeito por eles representado. (ELIA, 2007, p. 18)

O sujeito, para a psicanálise, não nasce nem se desenvolve, ele se constitui (ELIA, 2007) e pode se enquadrar dentro de três estruturas, são elas: neurose, psicose e perversão. Lacan vem fazer um retorno à literatura freudiana, nos mostrando que o sujeito é constituído na linguagem, utilizando-se da teoria linguística de Saussure, para sustentar a teoria freudiana de inconsciente. Lacan nos mostra que desde antes do nascimento o Sujeito está inserido na linguagem e nos significantes que o outro (família) lhe atribuem, além de nascer inserido na cultura daquele local. Apesar de Freud não tratar explicitamente em sua obra sobre a constituição do sujeito, nesse momento é importante destacar que ele já estava às voltas com a estrutura psíquica quando apresenta a metáfora do Cristal, referindo-se à nossa estrutura, na conferência XXXI denominada "A decomposição da personalidade psíquica", onde ele disserta sobre uma psicologia mais voltada para o ego:

Assim, o ego pode ser dividido; divide-se durante numerosas funções suas - pelo menos temporariamente. Depois, suas partes podem juntar-se novamente. Isto não é propriamente novidade, embora talvez seja conferir ênfase incomum àquilo que é do conhecimento geral. Por outro lado, bem conhecemos a noção de que a patologia, tornando as coisas maiores e mais toscas, pode atrair nossa atenção para condições normais que de outro modo nos escapariam. Onde ela mostra uma brecha ou uma rachadura, ali

pode normalmente estar presente uma articulação. Se atirmos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela *estrutura* do cristal. Os doentes mentais são *estruturas* divididas e partidas do mesmo tipo.(FREUD, 1933 [1932]/2004, p.54)

A partir dessa metáfora é possível inferirmos que nós não nos enquadrados em cada uma dessas estruturas ao acaso, tudo depende da nossa relação com o meio, com a cultura e com a linguagem. O sujeito, segundo os estudos lacanianos, não é o indivíduo, mas sim o sujeito do inconsciente, elesurge no campo do Outro porque o Outro pré-existe ao sujeito. Assim para que o sujeito se constitua se faz necessário a ordem social, pois sem cuidados um humano recém-nascido não consegue sobreviver, deste modo ele precisa dos cuidados de um Outro, que já está inserido na linguagem. Na nossa cultura geralmente é a mãe quem toma esses primeiros cuidados, esta que chega com vários significantes para se dirigir aquele bebê, decifrando a partir da sua necessidade o que a criança demanda (leite, cólica, sono, trocar fraldas). Esse primeiro momento, deixará marcas no sujeito, como uma herança a ser retomada e ressignificada pelo sujeito fazendo uso dosignificante para isso, deixando uma falta, tal falta que dará espaço para emergir o sujeito como tal(ELIA, 2007).

2.1. SOBRE O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE E A ESTRUTURA PSICÓTICA

Freud no transcorrer da sua experiência clínica observa a importância do estabelecimento de um diagnóstico para a condução do tratamento. Segundo descreveDor (1991),o diagnóstico enquanto ato médico é mobilizado por dois objetivos. O primeiro de observação visando determinar a natureza de uma doença, partindo de uma semiologia; e o segundo de classificar esse estado patológico no quadro de uma nosologia. Diferente dos médicos que usam tanto a avaliação clínica, quanto a possibilidade de fazer exames mais aprofundados para investigar uma

doença, na psicanálise isso se torna impossível, já que a nossa única técnica de investigação é a escuta. Logo o autor afirma: “Será, então, de imediato na dimensão do *dizer* e do *dito* que se delimitará o campo de investigação clínica” (DOR, 1991, p. 14).

Ainda no mesmo livro o autor fala o quanto um diagnóstico deve ser cuidadoso e preciso, evitando interpretações selvagens dos conteúdos que são trazidos pelo discurso do analisando.

Desde o início, a relação lógica que existe entre um diagnóstico e a escolha do tratamento é uma relação singular. Não remete a uma relação de implicação lógica como é o caso na clínica médica. O analista deve estar apto a se apoiar em certos elementos estáveis, tanto na elaboração do diagnóstico quanto na escolha da condução da cura, que daí depende. Como veremos, esse balizamento necessita, entretanto, de uma grande vigilância. Donde o perigo da *psicanálise selvagem* denunciada por Freud numa crítica bem pertinente Dor (1991, p. 15).

Assim temos que o diagnóstico é diferencial e estrutural na psicanálise, sendo ele é o ponto de entrada na análise propriamente dita. O diagnóstico estrutural se dá a partir da fala dirigida do analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000).

As entrevistas preliminares têm função diagnóstica, do ponto de vista do analista elas podem ser divididas em dois tempos: um tempo de compreender e um momento de concluir. É nesse momento de concluir que se coloca o ato psicanalítico de transformar o tratamento de ensaio em análise propriamente dita, ato marcado pelo diagnóstico. (QUINET, 2009).

É importante destacar que diferente do diagnóstico médico, durante uma análise o diagnóstico não é utilizado para rotular o paciente e não há uma devolutiva para o mesmo, a função do diagnóstico é estritamente para a condução do tratamento.

De acordo com a teoria freudiana, o processo psicótico é inicialmente descrito como a projeção de um impulso libidinal recalcado para o exterior. Para Freud (1896/1996), as alucinações se configuravam para o paciente como “partes do conteúdo de suas experiências infantis recalçadas, ou seja, sintomas do retorno do

recalcado” (p. 179). Sendo assim, nada distinguiria³ estruturalmente a psicose paranoica de uma neurose, porque todas seriam derivações de lembranças aflitivas recalçadas. Posteriormente, Freud avança sua teoria acrescentando que a psicose é uma resposta defensiva de rejeição (*Verwerfung*) à realidade da castração, em contraponto ao recalque (*Verdrängung*).

Ao analisar o livro escrito por Schreber sobre as suas memórias e ao se dar conta que ele passa da admiração ao Doutor Flechsig, para o ver como um perseguidor, “assassino de almas”, e que este mesmo papel depois é atribuído a Deus, Freud percebe que o delírio psicótico é uma tentativa espontânea de restabelecimento, sendo assim o delírio é considerado uma tentativa de cura por parte do próprio sujeito psicótico (Freud, 1911/2010). Nesse segundo momento a paranoia é explicada como uma organização projetiva contra a pulsão homossexual. Embora o autor não especifique o mecanismo em jogo na estrutura psicótica, sua posição já denota o impasse clínico pela impossibilidade de enquadrá-la de forma indiferenciada nos moldes do tratamento da neurose.

Nessa segunda tópica o Eu não é mais o senhor em sua própria casa e se esforça para atender as vontades do Isso e do Supereu. O que caracteriza topologicamente esses quadros é que a neurose resulta dos conflitos entre o Eu e o Isso, enquanto a psicose diz respeito às dificuldades na relação entre o Eu e o mundo externo. (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Freud, em 1904 na conferência intitulada “Sobre a Psicoterapia”, ao expor as contraindicações da psicoterapia analítica fala sobre recusar pacientes que não possuem certo grau de formação e um caráter razoavelmente digno de confiança, e ainda que deve ser aplicada em pessoas que tenham um estado normal, a menos que sejam feitas algumas modificações no método, como diz no trecho a seguir:

Quando se quer trabalhar em segurança, deve-se restringir a escolha a pessoas que tenham um estado normal, pois é neste que nos apoiamos, no procedimento psicanalítico, para nos apropriarmos do patológico. As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do

³ É importante destacar que a noção de estrutura clínica se dá a partir da leitura que Lacan fez do texto freudiano.

método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses. (FREUD, 1905 [1904]/1989), p. 164).

Entretanto, Lacan avança nessa leitura durante o Seminário 3, no qual propõe que é possível receber psicóticos em análise, mas que o manejo do analista não poderá ser o mesmo que numa neurose podendo haver um desencadeamento de uma psicose durante o processo analítico, nos casos de pré-psicóticos. Lacan aconselha aos analistas a tomarem as palavras do sujeito psicótico ao pé da letra e se colocarem na posição de “secretário do alienado”. E que nos casos de uma pré-psicose que o sujeito seja mantido em entrevistas preliminares, sem o pedir para deitar no divã ou dar a consigna da associação livre.

A partir do que foi dito anteriormente sobre a psicose, a seguir será relatado um caso clínico para ilustrar as construções feitas acerca da clínica das psicoses.

3. O CASO IRIS

O caso que será apresentado trata-se da escuta clínica realizada durante duas sessões, ao longo do estágio nas Clínicas Integradas do UNI-RN. Sobre esse aspecto vale salientar que mesmo sendo duas consultas, a escuta convocou a desbravar o campo das psicoses. A paciente é uma mulher de 37 anos de idade, a qual chamarei aqui de Iris. Iris é separada, tem dois filhos, sendo um de quatro anos e outro de oito, e no momento em que a atendi estava morando na casa da sua mãe. Tomei como direção uma hipótese diagnóstica de psicose, por motivos que serão esclarecidos ao decorrer do relato.

Iris trouxe como queixa inicial que estava fazendo um acompanhamento psiquiátrico, contudo teve que parar, porque saiu do seu antigo emprego, que ofertava plano de saúde. A paciente não destacou o motivo de procurar o serviço de psicologia, no entanto parecia estar em sofrimento psíquico significativo.

Durante a primeira sessão a mesma parecia abatida, sempre olhando para baixo e com uma postura rígida, o que permaneceu na sessão seguinte. Iris falou, durante o nosso primeiro encontro, que o psiquiatra havia receitado para ela um antidepressivo e Clonazepam, para que ela conseguisse dormir, no entanto tal

medicação já não fazia mais efeito, então estava tomando dois comprimidos e mesmo assim a maioria das noites não conseguia dormir.

A paciente relata durante a primeira sessão que trabalhava em uma fábrica de *Strass* para enfeitar roupas e em dado momento começou a sentir muito medo de ser despedida e achar que todo mundo falava mal dela, como ela fala no trecho a seguir:

Eu trabalhava em uma empresa e comecei a ter muito medo de perder o emprego, eu tinha a sensação de que todo mundo estava falando de mim, que eles estavam contra mim. Aí o médico disse que eu tinha depressão e síndrome do pânico, foiofoi... depressão e síndrome do pânico.

É importante destacar nesse momento, que Iris durante a sua fala havia um padrão de repetição de palavras, ela sempre repetia três vezes, como por exemplo: foi, foi, foi. Antes de ter recebido o diagnóstico de síndrome do pânico, diz que já havia sido diagnosticada com depressão e transtorno de ansiedade, por outro psiquiatra. A questionei quando ela havia iniciado o ultimo tratamento com o psiquiatra, Iris responde:

Foi, foi, foi em 2014, eu procurei ele, porque eu tava trabalhando e adoeci, tava me sentindo com a cabeça estranha e pensando que todo mundo tava contra mim, eu sentia que eu andava pelos corredores e todo mundo me olhava e ficavam falando de mim.

Com esta fala de Iris é possível perceber as ideias paranoides de perseguição, onde ela acredita que todos estavam contra ela. Além disso, também é possível ver como o objeto olhar e o objeto voz pode ser intrusivo para o sujeito psicótico. O interesse freudiano acerca da paranoia foi peculiar na sua época, onde os seus contemporâneos tinham como grande enigma a esquizofrenia. Freud propõe uma investigação separada das duas nosologias (paranoia e esquizofrenia). Deste modo alguns anos após as suas primeiras publicações psicanalíticas, ele se propõe a fazer uma análise da autobiografia escrita pelo Presidente Schreber. Essa leitura foi essencial para a compreensão de que há a formação de um sistema delirante que caracteriza a estrutura psicótica (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Ainda sobre essas ideias de que as pessoas estavam contra ela, Iris relata sobre uma experiência que passou no trabalho, onde novamente apresenta um delírio de perseguição. Freud fala sobre o delírio de perseguição no relato do caso de Schreber, onde usa a afirmação “Eu amo ele (um homem)”, que é contrariada por tal delírio, no sentido de que o mecanismo de formação do sintoma da paranoia requer que a percepção interna, o sentimento, seja substituída por uma percepção externa. Dessa forma a frase “Eu o odeio” se transforma, por projeção, em “Ele me odeia (me persegue), o que então justifica que eu o odeie” (FREUD, p.54, 1911/2010). Tal ideia de perseguição aparece de maneira clara na fala de Iris:

Teve um tempo que eu comecei a ficar com muito medo de ser demitida, era um medo, um medo, um medo. Aí teve um dia que o encarregado passou por mim e falou “como é que a pessoa prefere ficar doente do que pedir as contas? ”. [...] Pronto, parece que no outro dia, depois que ele falou isso eu acordei pior. Fui trabalhar, mas eu não consegui, aí eu fui pra enfermaria, nesse dia eu tinha certeza que ia ser demitida, quando eu tava passando no corredor pra ir pra enfermaria eu via todo mundo levantando e olhando pra mim, apontando e cochichando, como que tivessem falando mal de mim, lá no final do corredor em cima da escada estava o encarregado me chamando, achei que eu ia ser demitida. Ele me levou para a enfermaria, depois me mandaram pra sala de uma mulher, aí eu fui, depois pra sala de outra mulher e eu fui. Aí eles me mandaram pra perícia, mas eu fui negada.

Neste recorte também é possível elucidar a Síndrome do Automatismo mental, termo criado por Clérambault, que se refere ao ato de emitir enunciados estereotipados e repetitivos, como no caso as pessoas contra ela. Esses enunciados se dão de forma automática e involuntária. O autor acredita que as alucinações representam esse automatismo de forma que se apresentam espontaneamente.

O automatismo mental é um fenômeno primordial a tal ponto que os mais variados delírios secundários podem se edificar baseados nele. A partir de uma mesma síndrome de automatismo, um paciente desenvolverá, por interpretação, um delírio de desconfiança; outro, por imaginação, terá um delírio megalomaniaco; haverá ainda delírios místicos ou eróticos ou uma mistura de todos estes (CLÉRAMBAULT, p. 166, 1920).

Após passar por essa perícia duas vezes, voltou a trabalhar, no entanto ficou trabalhando “doente”, como ela coloca. Diz que na mesma época o marido resolveu sair de casa e ela ficou morando sozinha com os dois filhos, mas sentia muito medo de ficar sozinha naquela casa, então o marido a levou para ficar na casa de sua sogra. Iris diz que não quis continuar lá, porque como a sogra é uma senhora de idade e ela tinha medo de passar mal e não ter ninguém para a socorrer. A perguntei o que ela sentia quando estava passando mal e a mesma responde: “Às vezes vai dando uma ansiedade, aí me dá uma dor de cabeça”.

Conta que quando saiu da casa da sogra foi morar com a sua mãe, “porque lá tem mais gente para me acudir quando passo mal”. A questioneei como são esses momentos em que ela passa mal.

As vezes vai dando uma ansiedade, aí me dá uma dor de cabeça, eu fico enjoada, fico agoniada. Aí eu voltei pra casa da minha mãe, porque lá tem mais gente pra me ajudar, tem meus irmãos. Eu não consigo mais sair de casa, essa semana minha mãe me levou pra ver meu irmão, ele também tem uns problemas de pânico, tem medo de sair de casa. Eu achei meu irmão melhor que eu. Ele tava mais sorridente, eu sou muito fechada, não falo muito com as pessoas, não sorrio. Eu não sou vaidosa, não cuido da minha aparência, até dos meus dentes mesmo que são tudo podre, da higiene. As vezes passo uns três dias sem tomar banho, porque eu não tenho vontade nem de levantar. Eu não consigo mais sair de casa, não vou mais na igreja que eu ia, não consigo mais levar meus filhos na escola.

Na fala anterior é possível destacar a questão dos cuidados com o corpo na psicose. O sujeito psicótico pode vir a apresentar questões com o corpo, onde há um certo estranhamento e muitas vezes parecendo estarem alheios a ele, o que Lacan chama de corpo fragmentadoespecular (GOIDANICH, 2003).

Não há como pensar em um corpo humano que não se constitua a partir de um processo de simbolização, a partir da inscrição de marcas deixadas por uma história, pela constante interação como Outro, por recortes do desejo. É a impossibilidade de apropriar-se de um corpo com suas marcas singulares, a impossibilidade de percebê-lo como formando uma certa unificação, que está exacerbada na psicose. Por não conseguir separar-se, criar alguma barreira em relação ao Outro, o psicótico permanece totalmente alienado, invadido por este. Assim, na psicose, o corpo não é uno e nem

é próprio, pois segue sendo, muitas vezes, apenas uma parte, um complementado corpo de um outro especular (GOIDANICH, p. 68, 2003).

Nas neuroses é possível perceber que há uma amarração, onde é possível o sujeito apoiar-se, já nas psicoses questões triviais do cotidiano podem ser desorganizadoras. Há uma busca por algo que dê suporte, ainda que imaginário. No caso de Iris esse suporte era o trabalho, e quando ela saiu do emprego piorou seu quadro.

Eu acho que eu tô piorando, tô sentindo minha cabeça estranha. Acho que quando eu deixei de trabalhar foi pior, eu fico enjoada e com dor de cabeça. O trabalho era tipo uma terapia e eu pensava em outras coisas. Hoje eu só vivo em casa, eu acho que esses remédios tão me deixando é pior. Eu até parei por um tempo o de manhã.

Algo muito importante a ser explorado pela fala anterior é questão da medicalização, por mais que o uso de medicamentos seja importante em alguns casos, há a necessidade de ser acompanhado por um psiquiatra cuidadoso. Muitas vezes o medicamento em vez de dar uma maior qualidade de vida ao sujeito, acaba o deixando pior e dependente. Deve haver cuidado com as dosagens e os efeitos colaterais, além de ser imprescindível o acompanhamento psicoterapêutico. Como Canabarro (2009), cita Jerusalinsky (2001):

[...] o problema, certamente, não reside na medicação - que costuma ser eficaz, em proporção significativa, na redução dos transtornos do humor e na moderação das precipitações afetivas -, mas na posição em que esta costuma ser colocada - como operador fundamental - acima e oposta à condição de sujeito do paciente. O problema é em que medida o vidro de comprimidos é usado como apagador do valor etiopatogênico da palavra (JERUSALINSKY, 2001 *apud* CANABARRO, 2009, p.34).

Em dado momento no final da sessão perguntei a Iris como foi pra ela ter vindo para a terapia, ela prontamente respondeu: “Antes de sair foi dando uma ansiedade, eu fiquei pensando no que você iria perguntar”, então a perguntei o que ela pensou que eu iria a perguntar e a resposta foi precisa: “Essas coisas mesmo, pra saber de mim”.

Depois disso a perguntei se ela já havia passado por algum processo psicoterapêutico e essa foi a resposta: “Uma vez só eu fui pra psicóloga do plano, mas aí eu cheguei atrasada e ela disse que não ia poder me atender. Falaram lá e arranjaram outra mulher pra me atender, aí ela só me perguntou mais sobre coisas da minha doença”.

A ética da psicanálise dá ao sujeito esse lugar de não ser a doença, de poder falar sobre si. Na clínica das psicoses o analista assume outra posição, sustentando o não saber. Inicialmente o analista oferece o silêncio, essa presença silenciosa, que não deve ser confundida com o mutismo, pode favorecer o sujeito a endereçar suas associações. Tal escuta ativa pode produzir um corte na repetição do sintoma, trazendo alívio para o sujeito (KAUFMANNER, 1999).

Os atendimentos foram interrompidos quando a mãe de Iris entrou em contato com a recepção das Clínicas Integradas do UNI-RN avisando que não seria mais possível para Iris comparecer às sessões porque teve um “surto”, como foi nomeado pela mãe. A estagiária tentou contato com Iris e com seus familiares, conseguiu marcar uma consulta com a sua mãe, com o intuito de ouvi-la e compreender melhor essa situação, porém a mãe de Iris não compareceu a consulta e não foi mais possível o contato com a mesma.

Escutar Iris possibilitou o desenvolvimento de uma escuta mais advertida e cuidadosa. Foi importante para aprender a função do silêncio na análise e o que ele pode dizer. Além de tudo, foi interessante ver o quanto importante é a questão do diagnóstico para a condução do tratamento. Ainda que por duas sessões Iris teve um lugar onde pode falar e se vista como sujeito e não como doença.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse ano de estágio descobri que escutar atentamente o outro é uma tarefa árdua, porém muito bela. Pude perceber que esse local onde o sujeito pode falar de si, o que lhe vier à cabeça, dá a ele um lugar no mundo, onde é tão difícil ser ouvido. Fazendo com que eu tomasse essa postura ética em prol do sujeito. Ter tido o professor Erick ao meu lado e os meus colegas de supervisão foi um privilégio, onde aprendemos e compartilhamos conhecimentos acerca da clínica e da teoria psicanalítica juntos, dando ponta pé inicial na minha formação como analista.

O curso de psicologia me proporcionou conhecer profissionais que atuam nas mais distintas áreas, como em hospitais, na área jurídica e na escola. Com eles vi o quanto é importante a escuta, mesmo que fora da clínica. Foi um grande desafio enveredar pela psicanálise, área que despertou grande curiosidade e que pretendo continuar estudando. Tive a oportunidade de ir a palestras e mesas redondas e ouvir grandes psicanalistas falando sobre o seu fazer, o que desperta em mim grande desejo de estar na clínica e trabalhar sob a ótica da psicanálise.

Todos os meus pacientes me proporcionaram um imenso aprendizado, Iris em especial sobre a clínica das psicoses e o que é chamado de “inconsciente a céu aberto”, além de ter me dado o prazer de estudar sobre o delírio. Onde pude descobrir que a palavra delírio significa “fora do caminho reto da razão”, o que me fez questionar o que estaria em tal caminho, visto que de certa forma todos deliramos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CANABARRO, Rita de Cássia dos Santos; ALVES, Márcia Barcellos. Uma pílula para (não) viver. **Rev. Mal-Estar Subj.** Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 839-866, set. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 nov. 2017.

DOR, Joël. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-timbre Editores, 1991.

ELIA, Luciano. **O Conceito de Sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. (Coleção PASSO-A-PASSO).

FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.65-86, dez. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-14982000000200004>>. Acesso em: 18 out. 2017.

FREUD, Sigmund. Cinco lições de psicanálise (1910). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, volume 9**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 220-301. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. Princípios Básicos da Psicanálise (1913). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 204-210. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. A Dinâmica da Transferência (1912). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 100-110. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. Recomendações ao Médico que Pratica a Psicanálise(1912). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 111-122. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. O Início do Tratamento(1913). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p.123-145. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. Observações Sobre o Amor de Transferência (1915): Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise III. In: FREUD, Sigmund. **Obras**

completas, volume 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 159-172. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia ("O caso Schreber", 1911). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas, volume 10.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 10-80. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. Contribuição à História do Movimento Psicanalítico (1914). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, volume 11.** São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 178-237. Tradução Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. Conferência XXXI: A Dissecção da Personalidade Psíquica. In: FREUD, Sigmund. **Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise e Outros Trabalhos: Vol. XXII (1932 - 1936).** Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 0-01.

FREUD, Sigmund. Sobre a psicoterapia (1905 [1904]). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira.** Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

GOIDANICH, Marcia. Configurações do corpo nas psicoses. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.65-73, dez. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200005>>. Acesso em: 25 out. 2017.

KAUFMANNER, Henri. Transferência na psicose. **Revista Curinga**, Minas Gerais, v. 1, n. 13, p.96-101, set. 1999.

QUINET, Antonio. **As 4+1 Condições da Análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

ROCHA, Fernando José Barbosa. Seminário 2 - Da demanda por mandato à demanda em nome próprio. In: ROCHA, Fernando José Barbosa. **Entrevistas preliminares em Psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 37-51. (Coleção Clínica Psicanalítica).

SADALA, Glória; MARTINHO, Maria Helena. A estrutura em psicanálise: uma enunciação desde Freud. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.243-258, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

SANTOS, Tania Coelho dos; OLIVEIRA, Flávia Lana Garcia de. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.73-82, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722012000100009>>. Acesso em: 21 out. 20.

6. ANEXO

ANEXO 1



Liga de Ensino do Rio Grande do Norte
Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Curso de Psicologia

PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Natal (RN)

2017

1. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome completo do aluno: Juliana Holanda da Silva.
2. Número de matrícula: 2013c020930.
3. Área de Estágio: Psicologia clínica.
 1. Sub-área: Abordagem psicanalítica.
4. Local do Estágio: Clínicas Integradas do UNI-RN. Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol – Telefone: (84) 3215-2960.
5. Nome do supervisor acadêmico e CRP: Prof. Erick Leonardo Pereira.
CRP: 17/2457.

2. OBJETIVOS

1. OBJETIVOS GERAIS

Adquirir através da escuta e prática clínica a capacidade de integração com o conhecimento teórico orientado pela psicanálise, compreendendo assim como se dá o desfecho de uma análise.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Articular a teoria com a prática;
2. Desenvolver uma escuta analítica;
3. Criar condições para fazer intervenções dentro da técnica e ética da psicanálise.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO]

As atividades realizadas nas Clínicas Integradas do UNI-RN como estagiária de psicologia consistirão em atendimentos psicoterápicos e plantão psicológico, sob supervisão do professor Erick Leonardo Pereira.

1. Descrição funcional do local de estágio

As Clínicas Integradas do UNI-RN oferecem atendimento humanizado à população em várias áreas de atuação, dentre elas a psicologia. A unidade possui atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento. Além disso, funciona como clínica escola, capacitando alunos através de estágios supervisionados nos cursos de psicologia, fisioterapia, nutrição, educação física, enfermagem e serviço social. Opera de segunda a sexta, das 7h às 21h. Os valores cobrados são definidos a partir da análise da renda familiar dos clientes, a qual é feita pela assistência social da própria clínica.

O serviço de psicologia oferece atendimento em consultórios no próprio local e a modalidade de plantão psicológico, para escutas emergenciais. Dentre as atividades oferecidas por este serviço estão avaliações psicológicas, psicodiagnósticos, ludoterapia e atendimentos em grupos ou individuais contemplando todas as faixas etárias.

2. Descrição da equipe de trabalho

A equipe que acompanha os estagiários de psicologia é composta pela coordenadora das Clínicas Integradas do UNI-RN, a professora Geórgia Filomena Baetta Neves, a coordenadoras de estágios a professora Mariana Cela, além dos recepcionistas e demais profissionais atuantes na clínica.

4. ATIVIDADES PROPOSTAS

A prática nas Clínicas Integradas do UNI-RN se iniciarão no mês de abril e se estenderão até o final de novembro, onde serão atendidos três pacientes em contexto de consultório, com sessões de cinquenta minutos de duração, além de duas horas semanais de plantão psicológico.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Supervisão	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estudo individual e pesquisa bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Plantão Psicológico		x	x	x	x	x	x	x	x
Paciente 1		x	x	x	x	x	x	x	x
Paciente 2		x	x	x	x	x	x	x	x
Paciente 3			x	x	x	x	x	x	x

6. BIBLIOGRAFIA

- Freud S. (1913 [1911]). “Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)”. in Freud S., Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XII, Rio de Janeiro, Imago, 1996;
- Freud S. (1913 [1911]). “Sobre a psicanálise”. in Freud S., Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XII, Rio de Janeiro, Imago, 1996;
- Freud S. (1916 [1916-1917]). “Terapia analítica” in “Conferências Introdutórias sobre psicanálise”. in Freud S., Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XVI, Rio de Janeiro, Imago, 1996;
- Freud S. (1912). “Sobre a dinâmica da transferência”. in Freud S., Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XII, Rio de Janeiro, Imago, 1996;
- Freud S (1911). “Recordar, Repetir e Elaborar”. in Freud S., Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XII, Rio de Janeiro, Imago, 1996;
- Freud S. (1996b) Conferência XVII – O sentido dos sintomas. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: v.16: Rio de Janeiro: Imago;
- Miller, D. (1989). As três transferências. In Clínica Lacaniana: Casos clínicos do campo freudiano (pp. 69-79). Rio de Janeiro: Jorge Zahar;
- Quinet, A. (1991). As 4 + 1 Condições de Análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 4ª edição;

7. ANEXOS

ANEXO 1:

FICHA DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO ESTAGIÁRIO

Ano: 2017/Semestre: 9º

Nome: Juliana Holanda da Silva Matrícula.: 2013c020930

Área: Psicologia Clínica

Supervisor: Erick Leonardo Pereira

		1º Bim	2º Bim	Nota
Compreensão	Conhecimentos e análise crítica (fundamentados à luz da teoria, busca independente de referências teóricas).			
	Articulação teórico-prática (relatórios, discussões e interpretação de dados)			
	Relatórios (organização, estrutura, conteúdo, clareza conceitual, linguagem apropriada).			
Desempenho	Atuação Prática (adequação do desempenho, levando em conta a especificidade do caso / situação).			
	Participação na supervisão (contribuições nas discussões teóricas e práticas de todos os casos).			
	Postura profissional (posicionamento em sintonia com a ética profissional, intercorrências no decorrer das atividades práticas e de supervisão).			
	Comprometimento com as atividades do estágio (demonstra interesse, envolvimento, busca resolver as dificuldades, <u>proatividade</u>).			
	Assiduidade			
	Pontualidade na supervisão			
	Cumprimento dos prazos			

ANEXO 2:

TERMO DE APRESENTAÇÃO DE PLANO DE ESTÁGIO PARA O COLEGIADO DO CURSO DE PSICOLOGIA DA FARN

Ilmos. Srs. Membros do Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,

Eu, Juliana Holanda da Silva, aluno(a) regularmente matriculado(a) neste Curso de Graduação, Matrícula Nº 2013c020930, vem requerer de Vv. Ss. a aprovação do(a):

(x) Apresentação do Plano de Estágio Curricular

() Relatório Parcial de Estágio

() Relatório Final de Estágio

na área de Psicologia Clínica, a ser realizado nas Clínicas Integradas do UNI-RN, sob a supervisão do(a) Psicólogo(a) Erick Leonardo Pereira, CRP nº 17/2457.

Pede Deferimento

Natal(RN), ____ de _____ de ____ .

(assinatura)

De Acordo: _____
(Professor supervisor)

De Acordo: _____
(Supervisor de campo)