

PRÁTICA de PSICOLOGIA E A PSICOLOGIA NA PRÁTICA

SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE PSICOLOGIA DA UNIFIL



DENISE HERNANDES TINOCO
ANDREA SIMONE SCHAACK BERGER
ANA CLÁUDIA CERINI TREVISAN

PRÁTICA de PSICOLOGIA E A PSICOLOGIA NA PRÁTICA

SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE PSICOLOGIA DA UNIFIL



DENISE HERNANDES TINOCO
ANDREA SIMONE SCHAACK BERGER
ANA CLÁUDIA CERINI TREVISAN



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Ensino Superior

**FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA**

Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

UniFil

T494p Tinoco, Denise Hernandes.

A prática de psicologia e a psicologia na prática: / Denise Hernandes Tinoco, Andrea Simone Schaack Berger, Ana Cláudia Cerini Trevisan. – Londrina: Unifil, 2014.

173 p.

ISSN 2176-6150

Inclui bibliografia

Apresentado originalmente na Semana Acadêmica do Curso de Psicologia da Unifil. IV Congresso Nacional de Psicologia e VII Congresso de Psicologia da Unifi

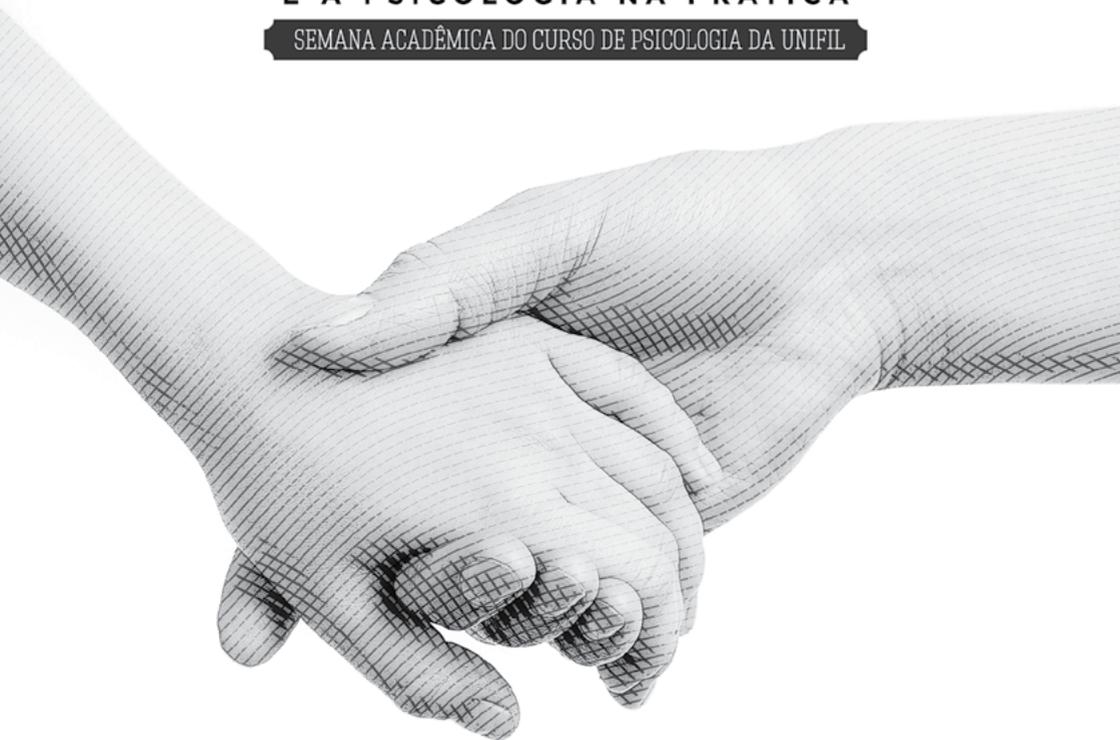
1. Psicologia - Psicopatologia 2. Intervenção psicológica. 3. Tratamento psicológico I. Título.

CDD -150

PRÁTICA de PSICOLOGIA

E A PSICOLOGIA NA PRÁTICA

SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE PSICOLOGIA DA UNIFIL



ORGANIZADORES

DENISE HERNANDES TINOCO
ANDREA SIMONE SCHAACK BERGER
ANA CLÁUDIA CERINI TREVISAN

Editora
UniFil



LONDRINA
2014

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA



ENTIDADE MANTENEDORA INSTITUTO FILADÉLFIA DE LONDRINA

Diretoria:

Sra. Ana Maria Moraes Gomes Presidente
Sr. Getulio Hideaki Kakitani Vice-Presidente
Sra. Edna Virginia Castilho Monteiro de Mello Secretária
Sr. José Severino Tesoureiro
Dr. Osni Ferreira (Rev.) Chanceler
Dr. Eleazar Ferreira Reitor

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REITOR

Dr. Eleazar Ferreira

PRÓ-REITOR DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

Prof. Ms. Lupercio Fuganti Luppi

PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO E ASSUNTOS COMUNITÁRIOS

Prof. Dr. Mario Antônio da Silva

PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E INICIAÇÃO A PESQUISA

Prof.^a Dra. Damares Tomasin Biazin

Coordenadores de Cursos de Graduação

Administração	Prof. ^a Esp. Denise Dias Santana
Agronomia	Prof. Dr. Fábio Suano de Souza
Arquitetura e Urbanismo	Prof. Ms. Ivan Prado Junior
Biomedicina	Prof. ^a Ms. Karina de Almeida Gualtieri
Ciência da Computação	Prof. Ms. Sergio Akio Tanaka
Ciências Contábeis	Prof. Ms. Eduardo Nascimento da Costa
Direito	Prof. Dr. Osmar Vieira
Educação Física	Prof. ^a Ms. Rosana Sohaila T. Moreira
Enfermagem	Prof. ^a Ms. Thaise Castanho da S. Moreira
Engenharia Civil	Prof. ^a Ms. Carolina Alves do Nascimento Alvim
Estética e Cosmética	Prof. ^a Ms. Mylena C. Dornellas da Costa
Farmácia	Prof. ^a Ms. Fabiane Yuri Yamacita Borim
Fisioterapia	Prof. Ms. Luiz Antonio Alves
Gastronomia	Prof. ^a Esp. Cláudia Diana de Oliveira
Logística	Prof. Esp. Pedro Antonio Semprebom
Medicina Veterinária	Prof. ^a Dra. Katia Cristina Silva Santos
Nutrição	Prof. ^a Esp. Lucievelyn Marrone
Psicologia	Prof. ^a Dra. Denise Hernandes Tinoco
Sistema de Informação	Prof. Ms. Sergio Akio Tanaka
Teologia	Prof. Dr. Mário Antônio da Silva

Rua Alagoas, nº 2.050 - CEP 86.020-430
Fone: (43) 3375-7401 - Londrina - Paraná

www.unifil.br

COMISSÃO CIENTÍFICA

Prof.^a Psic. Ms. Ana Cláudia Trevisan

Prof.^a Psic. Ms. Julia Bosqui

Prof.^a Psc. Ms. Andrea Simone Schaack Berger

Prof.^a Psic. Dra. Denise Hernandes Tinoco

COMISSÃO CULTURAL

Prof.^a Psic. Dra. Patrícia Vaz de Lessa

Prof.^a Psic. Ms. Sílvia do Carmo Pattarelli

Prof.^a Psc. Ms. Patrícia Castelo Branco

COMISSÃO DE ESTUDANTES

Lucas Radis

Mateus Nantes

Marcelo Ramos Silva

Maria de Lourdes Badin

COMISSÃO DE PATROCÍNIO E IMPRENSA

Prof.^a Psic. Esp. Zenir Alves Pacutti

COMISSÃO ORGANIZADORA

Prof.^a Psic. Dra. Denise Hernandes Tinoco

Prof.^a Psic. Esp. Marinez Terra Alves Ferreira

Prof.^a Psic. Ms. Andrea Simone Schaack Berger

Prof.^a Psic. Ms. Marien Abou Chahine

Prof.^a Psic. Esp. Zenir Alves Pascutti

Prof.^a Psic. Esp. Ana Maria Addor

Prof.^a Psic. Esp. Rosângela Ferreira Leal Fernandes

Prof.^a Psic. Esp. Maria José Parente Janini Toledo

Prof.^a Psic. Ms. Francisca Carneiro de Souza Klöcker

Prof. Psic. Dr. João Juliani

Prof. Psic. Esp. Mauro Fernando Duarte

Prof.^a Psic. Dra. Patrícia Vaz de Lessa

Prof.^a Psic. Ms. Patrícia Castelo Branco

Prof.^a Psic. Ms. Sílvia do Carmo Pattarelli

Prof.^a Psic. Ms. Clovis Eduardo Zanetti

Prof.^a Psic. Esp. Isabel de Negri Xavier

Prof.^a Psic. Esp. Alba Maria Mattos Costa

Prof.^a Psic. Ms. Deborah Azenha de Castro

Prof.^a Psic. Ms. Giselli Gonçalves

Prof.^a Psic. Ms. Fernanda Borges

Prof. Psic. Ms. Eugênio Canesin Dal Molin

Prof.^a Psic. Ms. Ana Claudia Cerini Trevisan

Prof.^a Psic. Ms. Eliane Belloni

EDITORIAL

“A prática de Psicologia e a Psicologia na Prática” refere-se à temática amplamente debatida no IV Congresso Nacional de Psicologia e VII Congresso de Psicologia da UniFil, realizado no período de 12 a 16 de maio do ano de 2014.

Durante o Congresso discutiu-se acerca das práticas empregadas em Psicologia, promovendo questionamentos sobre as ações do psicólogo, com e como ser humano integrado, independente das áreas em que atue.

A troca de conhecimentos e experiências proporcionadas no evento geraram conhecimentos e discussões proficuas no sentido de fortalecer a identidade do Psicólogo. Parte das reflexões compartilhadas é apresentada neste livro que contempla: - a prática clínica, psicanálise, psicopatologia, análise do comportamento, desenvolvimento, atuação e papel do psicólogo – discussões analíticas e críticas sobre a psicologia e a atuação do psicólogo na atualidade.

Por fim, são apresentados relatos de pesquisas em psicologia, possibilitando a troca de conhecimentos entre estudantes e profissionais da área.

Ana Cláudia Cerini Trevisan
Andrea Simone Schaack Berger
Denise Hernandes Tinoco

SUMÁRIO

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS PORTADORAS DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DEGENERATIVAS	11
<i>Isabella Silva Borghesi</i>	
A INTERFACE ENTRE A PSICANÁLISE E A SAÚDE NO HOSPITAL GERAL.....	17
<i>Thiago Robles Juhas</i>	
ADOLESCENTES: cuidado!!!.....	31
<i>Adilson Martins, Bruna de Vito, Caroline Sasso de Oliveira, Giovana Cristina de Paula, Karina Lopes Sasso, Fabrício Ramos de Oliveira</i>	
AGRESSIVIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR – UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	39
<i>Mayron Pereira Picolo Ribeiro, Danielle Potoski Ieda Assunção dos Santos, Fernanda Midori Moryiana, Luiza Andrade Dos Reis, Jefferson Pereira Genari</i>	
VIVER A VIDA OU VIVER O HIV/AIDS?.....	47
<i>Andressa da Silva Moreira, Jéssica Rosane Lourenção, Kalini Avance Bineli, Klíssia Fertoani dos Santos, Leticia Braiani Caetano Gonçalves, Ms. Mayara Camargo Cavalheiro</i>	
POR QUE SONHAMOS? A MANIFESTAÇÃO DO DESEJO POR MEIO DOS SONHOS SEGUNDO A TEORIA PSICANALÍTICA.....	53
<i>Artur Leandro Escobar, Cristiano da Silva Martins, Daniela Nunes do Nascimento, Flavia Delgado dos Santos, Jéssica Galian Vieira, Tamires Tauana Navarro do Santo, Fabricio Ramos de Oliveira</i>	
BRUXAS, DEMÔNIOS E ASSOMBRAÇÕES: introdução à psicologia anomalística.....	61
<i>Mauro Fernando Duarte</i>	
ESTUDO DE CASO DE UM PAR DE GÊMEOS ATRAVÉS DA EDAO.....	69
<i>Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis, Silvia Nogueira Cordeiro, Kawane Chudis Victrio, Patrícia Sayuri Simoni Nakano</i>	
TATUAGEM NA ADOLESCÊNCIA: uma análise psicanalítica.....	77
<i>Bruna Franciele de Medeiros, Karine Marques Costa, Karolin Milene Marcos, Susana Cristina Xavier, Talita Ferreira Alves, Fabricio Ramos de Oliveira</i>	
O SONHO COMO EXPRESSÃO DO INCONSCIENTE.....	85
<i>Denise Hernandes Tinoco</i>	

OS LIMITES DA TÉCNICA – A UTILIZAÇÃO DO JOGO TÚNEL DO TEMPO SEM RESULTADOS CLÍNICOS COM ADOLESCENTES.....	91
<i>Maria Salete Arenales Loli, Jorge Luis Ferreira Abrão, Leila Salomão Cury Tardivo</i>	
PSICOPATOLOGIA FORENSE.....	99
<i>Denise Hernandes Tinoco</i>	
SABINA SPIELREIN – PIONEIRA DA PSICANÁLISE.....	125
<i>Renata Udler Cromberg</i>	
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A PRÁTICA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO: considerações introdutórias.....	127
<i>Rodrigo Dal Ben, Márcio Felipe Tardem, Victor Rodrigo Tardem Delefrati</i>	
UM APONTAMENTO SOBRE A FUNDAÇÃO DO SÍMBOLO NO PSIQUISMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	141
<i>Fernanda de Souza Borges</i>	
UMA LEITURA DA TRAGÉDIA GREGA SETE CONTRA TEBAS A PARTIR DA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: articulando a mitologia grega à dimensão trágica do psiquismo	147
<i>Nayara Caroline Milharesi, Paulo José da Costa</i>	
UMA LEITURA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A CID, O DSM E A PSICANÁLISE.....	155
<i>Júlia Catani</i>	
USO DA TÉCNICA PROJETIVA HTP COMO FACILITADORA NA EXPRESSÃO DO INSCONSCIENTE: análise dos desenhos de uma paciente com artrite reumatoide atendida na clínica-escola de Psicologia UniFil.....	163
<i>Pâmela Cristina Salles Pereira, Denise Hernandes Tinoco</i>	

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS PORTADORAS DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DEGENERATIVAS

Isabella Silva Borghesi¹

Para apresentação no VII Congresso de Psicologia da Unifil, o texto foi dividido em duas partes. A Parte I foi denominada: *O marcador implacável: a transferência e a contratransferência em um caso de doença neuromuscular degenerativa na infância*. A Parte II: *Teriam que viver morrendo?*

A Parte I trata de questões que se apresentam na clínica com crianças portadoras de doenças no aparelho locomotor, abordando a transferência e a contratransferência no tratamento psicoterápico de um paciente com diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne. Tendo como objetivo discutir elementos que se relacionam ao colapso físico e emocional vivenciado pelo paciente. Relatam-se vinhetas clínicas nas quais a criança e sua família confrontam-se com as dificuldades e limitações impostas pela doença e pela brevidade da vida, uma vez que o prognóstico dessa patologia é o óbito na adolescência.

Está-se diante de um caso onde a morte se faz presente incessantemente em cada progresso da doença; progresso acompanhado durante todo o tratamento.

Para tal discussão, foram utilizadas ideias expressas por Freud em 1915, como as de que procuramos reduzir a morte ao silêncio, e que o Inconsciente desconhece o negativo. Estas ideias, clinicamente, relacionam-se ao caso na medida em que apresentam algumas das possibilidades geradas pela doença orgânica na economia libidinal: o doente recolhe seu investimento nos objetos externos e

¹ Psicanalista, Psicóloga Clínica. Especialista em Psicologia Clínica: Teoria Psicanalítica pelo Cogeae PUC/SP, Especialista em Transtornos da Infância e Adolescência pela UNIFEV/Centro Lydia Coriat, Especialista em Gestão Pública pelo INSEP/PR. Aluna do terceiro ano do curso Psicanálise no Instituto Sedes Sapientiae/SP. Coordenadora do Serviço de Psicologia da Clínica de Fisiatria e Reabilitação de Londrina (CAL-Clínica do Aparelho Locomotor).

trabalha psiquicamente a ferida narcísica causada pela doença. A transferência nessa situação vê-se dificultada e o trabalho psicoterápico vacila. O reinvestimento libidinal do mundo externo passa por um posicionamento contratransferencial do analista, sendo necessário um trabalho que reconheça o prognóstico e favoreça a possibilidade de construir uma clínica voltada à vida.

Na Parte II utiliza-se, no decorrer do texto, como referência constante durante a discussão, a música *Não tenho medo da morte* de Gilberto Gil, que aborda o tema da morte, nossa participação nesse ato enquanto seres vivos, e a diferença entre a morte e o morrer; daí o título dessa segunda parte.

Dá-se seqüência do tema com o mesmo caso apresentado na parte I e, a ele, acrescentam-se outros casos - em especial o de uma garota de 10 anos com diagnóstico de Amiotrofia Espinhal tipo III - que foram apresentados em forma de vinhetas clínicas do atendimento a crianças com diagnóstico de doenças neuromusculares degenerativas. Podendo tecer comparações e fazer diferenciações em relação a cada caso, propõe-se pensar a singularidade de cada caso e como cada um convoca a analista de acordo com suas (dos pacientes) necessidades.

O texto é escrito sob a ótica psicanalítica, tendo como fio condutor os textos de Sigmund Freud e construindo algumas considerações entre os casos e os conceitos de pulsão de morte e pulsão de vida. Discute-se a relação entre adoecimento orgânico e pulsão de morte: se de fato pode-se pensar em tal relação, e anterior a isso, qual seria a relação entre organismo e pulsão. A pulsão de morte é conceituada em 1920, entretanto, o conceito de pulsão é discutido antes disso por Freud. Da mesma forma, encontramos inúmeras referências ao organismo e ao corpo antes de *Além do princípio do prazer*. O que me chamou a atenção são os casos nos quais a doença orgânica causa uma especial dificuldade de motricidade, de locomoção.

O conceito de pulsão de morte, apresentado por Freud em *“Além do Princípio de Prazer”* (1920), introduz o quadro da última

teoria das pulsões, assinalando que as pulsões de vida, Eros – que compreendem as pulsões sexuais, as pulsões de auto-conservação e as pulsões do Eu – buscam, numa explicação simplificada, conduzir o organismo, durante a vida, a ligar a libido, direcioná-la aos objetos em busca de satisfação. Eros contrapõe-se à pulsão de morte que, como implícito em sua nomenclatura, busca a morte, o estado anorgânico. Ela mostra uma tendência poderosa, encontrada no ser humano, ao retorno ao inanimado, e revela de maneira notável o caráter repetitivo da pulsão. A pulsão de morte, portanto, buscaria atingir o objetivo “derradeiro” de toda vida, que é a morte. Já Eros demonstraria que o organismo não quer morrer a não ser à sua maneira. Parafraseando o verso de Gil, “teremos de morrer vivendo”.

Vinculada a essas questões utilizam-se também dados importantes da literatura médica que explicam características da patologia desde sua origem, passando por sua manifestação sintomatológica, sua evolução e prognóstico, que auxiliam no entendimento do quadro clínico geral do paciente e sua influência no aspecto psíquico.

Por fim, conclui-se que a morte faz sombra, pois, com o passar do tempo, seus corpos (dos pacientes), apresentam maiores dificuldades e limitações físicas. Mas a sombra está longe de ser o tema principal dos atendimentos. Talvez, e isso é uma hipótese, em fases avançadas da doença tal relação se apresente de outra maneira.

Caso possa ensaiar uma resposta ao título/questão desse texto, “Teriam que viver morrendo?”, esta seria “não”. Uma afirmação mais correta seria a presente em verso na música de Gilberto Gil: terão “que morrer vivendo”, ainda podendo “haver dor ou vontade de mijar”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACH, J. R. *Guia de exame e tratamento das doenças neuromusculares*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2004.

BRUN, D.. Uma criança dada por morta: relação entre a mãe e o filho

curado. *A Criança dada por morta: riscos psíquicos da cura*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

FERNANDES, M. H. (2005) Do corpo auto-erótico ao corpo narcísico: o surgimento do ego corporal. In: *Corpo*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FREUD, S. (1913). “O início do tratamento” In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)*, *Artigos sobre a técnica e outros textos*. (1911 – 1913) Vol. 10; tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1914) “À Guisa de Introdução ao narcisismo”. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1856 - 1939)*. *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Vol 1; coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1915) “Os Instintos e seus destinos” In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos*. (1914-1916). Vol. 12; tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (1916 [1915]), “Sobre a Transitoriedade”. In: Edição Standard Brasileira das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol XIV*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1917) “Luto e Melancolia”. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1856 - 1939)*. *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Vol 1; coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1919) “O Inquietante”. In: *História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos* (1917 - 1920). Vol. 14; tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____ (19120) “Além do Princípio de Prazer”. In: Edição Standard Brasileira das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol XVIII*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GARCIA-ROZA, L.A. (1936) “Pulsões de Vida e Pulsão de Morte”. In: *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001, 18ª edição.

_____ (1936) “Pulsão”. In: *Artigos de metapsicologia; 1914 – 1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente*. (Introdução à metapsicologia

freudiana; v.3). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2004, 6ª edição.

GARNIER, M; DELAMARE, V; DELAMARE, J; DELAMARE, T.
Dicionário Andrei de termos de medicina. São Paulo: Andrei Ed., 2002.

GREEN, A. “Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobijetalizante”. In: Green... (et al). A pulsão de morte. Tradução: Claudia Berlinier. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

GREVE, J. M. A. (org) “Miopatias”. In: Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo: Roca, 2007.

LAPANCHE, J.; PONTALIS, J.B. “Pulsões de Morte”. In: Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2001, 4ª edição.

KOTTKE, F. J; LEHMANN, J.F; STILLWELL, G. K. “Tratamento das doenças da unidade motora”. In: *Krusen: Tratado de medicina física e reabilitação*. 3º edição. São Paulo: Editora Manole, 1984.

OCARIZ, M. C. (2003) “O conceito de pulsão” In: O sintoma e a clínica psicanalítica, o curável e o que não tem cura. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.

STRACHEY, J. (1969a). Prefácio do Editor Inglês a Freud, S. (1915), “Reflexões para os tempos de guerra e morte” In: Edição Standard Brasileira das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol XIV*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1969b). Prefácio do Editor Inglês a Freud, S. (1914), “À Guia de Introdução ao narcisismo” In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1856 - 1939)*. *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Vol I; coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____ (1969c). Prefácio do Editor Inglês a Freud, S. (1917), “Luto e Melancolia” In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1856 - 1939)*. *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. Vol II; coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1969d). Prefácio do Editor Inglês a Freud, S. (1916 [1915]), “Sobre a Transitoriedade” In: Edição Standard Brasileira das *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol XIV*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

A INTERFACE ENTRE A PSICANÁLISE E A SAÚDE NO HOSPITAL GERAL

Thiago Robles Juhas²

O presente ensaio parte de minha experiência como psicólogo e psicanalista no Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para atuar junto à equipe multiprofissional. Trabalho que envolve o contato direto com doenças e condições até então por mim desconhecidas, algumas até mesmo raras, uma vez que, o HC por tratar-se de um hospital terciário universitário, atende condições clínicas quase em sua totalidade com elevado grau de complexidade. A finalidade do trabalho deste o início e até o presente, é oferecer assistência psicológica a pacientes com o diagnóstico de doenças crônicas.

O contato com doentes crônicos está pautado em atender as demandas de pacientes e da equipe de saúde que tem que conviver e tratar de doenças que requerem controle medicamentoso, físico, com restrições alimentares e mudanças comportamentais constantes para o chamado “estilo de vida saudável”. Entretanto, onde poderia ser útil o conhecimento da psicanálise, para esse tipo de cuidado e assistência?

Antes de responder essa pergunta, retornemos para as questões preliminares: quais são as interfaces entre a psicanálise e a saúde? O conceito de interface é amplo, pode ser definido como o limite comum a dois sistemas lógicos que permite sua ação mútua ou intercomunicação ou trocas entre eles. Pode expressar também a presença de uma ou mais ferramentas para o uso e movimentação de qualquer sistema de informações (FERREIRA, 2004).

Falar acerca da interface entre psicanálise e saúde no hospital, parte do pressuposto de que a saúde, principalmente a pública, carece

² Psicólogo e Psicanalista da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHCFMUSP). Docente dos cursos de Pós- graduação do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC). Especialista em Psicologia Hospitalar.

de dispositivos clínicos e analíticos que contemplem os aspectos da subjetividade e da singularidade dos pacientes atendidos no hospital geral. Relacionar campos tão amplos, compostos de diversas abordagens, que quase nunca estabelecem uma articulação entre si, não é tarefa fácil (VICTOR; AGUIAR, 2011).

O hospital, tal como o conhecemos, é uma instituição relativamente nova. Historicamente, uma instituição religiosa voltada para a caridade, criada com o objetivo de acolher e cuidar de pessoas, visando, a melhora da qualidade de vida dos sujeitos. No entanto, este mesmo ambiente criado para promoção do bem estar, é reconhecido no imaginário social, em linhas gerais, como ambiente insalubre, penoso e angustiante (CASTRO; BORNHOLDT, 2010; JUCÁ-VASCONCELOS, 2010).

O hospital geral é outorgado como espaço de cura e de reestabilização da saúde, de promessa de tratamentos eficazes e valorização da vida e está sustentado e assentado no saber e na verdade científica principalmente do campo da medicina (ALMEIDA, 2000). Assim qual deve ser o posicionamento de um praticante de psicanálise nesse ambiente?

Sem dúvidas um psicanalista não alertado que a instituição hospitalar, é um local de uma prática hierarquizada a partir do saber, da verdade e da atuação de um discurso medicalizante, onde muitos sujeitos se dirigem em busca de uma medicação e de um nome que dê conta dos seus sofrimentos, quer sejam do corpo, quer sejam subjetiva, o psicanalista, pode em um primeiro momento, se frustrar ao começar seu trabalho como analista no ambiente hospitalar (BRANDAO JUNIOR; BESSET, 2012).

Os hospitais gerais constituem um novo campo de trabalho para o psicanalista, não só em função dos alcances da psicanálise, como também em função da crise enfrentada pela clínica privada. A abertura de concursos públicos e de possibilidades de atuação nas instituições de saúde coletiva faz com que o profissional se volte para

este campo (BESSET, 2001, MORETTO, 2001).

A investigação das relações entre a psicanálise e a saúde exige demarcar de forma muito clara que saúde e psicanálise partem de pressupostos teóricos e metodológicos bastantes amplos e discordantes. Visto que os profissionais que atuam no ambiente hospitalar questionam o lugar e a função da psicanálise. É muito comum a equipe de saúde questionar os psicólogos em reuniões de equipe interdisciplinar: “o que faz um psicanalista?”, e também, “para que serve um psicanalista no hospital geral?” (ALMEIDA, 2000; MORETTO, 2001). Entretanto, a prática diária de atendimento em instituição de saúde denuncia que muitas vezes a postura da equipe de saúde é não querer saber o que é um psicanalista e que métodos adota nos seus procedimentos terapêuticos, tampouco sabe quais são as diferenças entre o que é uma ‘psicoterapia’ e ‘tratamento analítico’, bem como, não sabem que um psicólogo não é necessariamente um psicanalista. Todavia, aqui entra uma importante questão: deveria a equipe de saúde saber *a priori* tais distinções? Talvez o problema maior seja: será que os psicanalistas sabem responder estas questões?

A formação em psicologia não inclui o debate sobre a saúde em seus aspectos políticos, sociais e econômicos. O profissional se insere em uma equipe de saúde, marcada pela hierarquia do saber médico, tentando transpor para sua prática o modelo clínico aprendido na graduação, sem a compreensão da complexidade do campo da saúde no Brasil (BESSET, 2001, MORETTO, 2001).

Como atuante no hospital, é perceptível e cobrado que o trabalho do psicólogo no hospital geral necessite de novas técnicas e para a emergência de novos campos e saberes. O atendimento individual, clínico, priorizado na graduação, é substituído pelas ações integradas com a equipe. A medicina ocidental contemporânea está pautada na vinculação da racionalidade com o conhecimento produzido pela biologia. Essa racionalidade vincula-se a um imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica, que se fundamenta em proposições básicas tais como o estabelecimento de leis

gerais, aplicáveis a todas as situações semelhantes, não se ocupando de casos particulares. O paciente é visto como uma grande máquina, subordinada a princípios de causalidade linear, e possibilidade de isolamento de partes para análise, entendendo-se que o funcionamento do todo se dá necessariamente pela soma de suas partes (FARIAS, 2004; FARIAS, 2007).

A medicina se constitui a partir do corpo, das lesões e das doenças, pautado no discurso naturalista que legitima as práticas de medicalização do espaço social, silenciando a dimensão simbólica do processo saúde e doença. Entretanto, para a psicanálise o corpo é simbólico, marcado pela linguagem, pelos códigos culturais, sendo assim, representa-lo como uma máquina regida por processos bioquímicos e imunológicos reduz os pacientes a seres entregues ao saber e a verdade científica (FARIAS, 2007, SANTOS, 2006).

As consequências da mecanização do corpo é o não posicionamento frente sua doença, sendo comum pacientes dar a responsabilidade de seus corpos aos outros, sem se implicar no processo de adoecimento. Frente a isso é comum a equipe questionar: “por que os pacientes não aderem?”, o ímpeto analítico responderia que muitos pacientes não aderem pois não são donos de seus corpos, logo não precisam se responsabilizar por eles (FARIAS, 2001, SANTOS, 2006).

Cabe então aos psicanalistas a função de redirecionar o olhar da equipe de saúde para a individualidade de cada paciente, dos aspectos subjetivos envolvidos no adoecer. No hospital geral o trabalho solidário no consultório geralmente é substituído por uma organização de trabalho que promove a competição entre as especialidades e o corporativismo, gerando situações de conflito (MORETTO, 2006).

Trabalhar em equipe interdisciplinar não significa buscar uma síntese de saberes, ou uma identidade de objeto teórico, mas a possibilidade de diálogo entre as disciplinas que em muitos momentos possuem temáticas comuns, as ditas ‘interfaces’, mas que mantêm a

especificidade do seu saber. O questionamento da hegemonia do saber médico deve promover a substituição da hierarquia estabelecida, pela interlocução entre os diversos saberes (FARIAS, 2004; MORETTO, 2006; MORETTO, 2001).

A maioria da população que busca o atendimento na rede pública é constituída por pessoas inseridas em um universo sociocultural limitado. A utilização que o médico faz de uma linguagem própria cria uma barreira linguística que impede que o paciente compreenda o que se passa com seu próprio corpo e que se estabeleça uma relação de cooperação entre ambos. A cena e o atendimento psicanalítico muitas vezes são estranhos aos pacientes, os mesmo questionam: como assim doutor, posso falar o quiser? Essa estranheza sentida pelo paciente é reforçada pelo aparato cientificizado do ambiente hospitalar que propõe um atendimento objetivo, super especializado, excluindo do seu campo de atuação tudo que singularize o sujeito. O paciente raramente é questionado sobre seu desejo ou sua história (ALMEIDA, 2000; MORETTO, 2006).

O exercício profissional do psicólogo atrelado à prática médica, muitas vezes aparece a serviço da ‘domesticação’ do paciente aos procedimentos médicos cirúrgicos ou farmacológicos, ou até mesmo restrito ao objetivo de ensinar aos membros da equipe de saúde reconhecer os aspectos psicológicos, psicopatológicos e cognitivos envolvidos no adoecer. O psicólogo, ao integrar a equipe de saúde, deve favorecer o funcionamento interdisciplinar, facilitando, quando necessário, a comunicação entre seus membros (DUTRA; FRANCO, 2007).

A graduação em psicologia enfatiza o modelo psicodinâmico e suas aplicações clínicas, entretanto, por vezes deixa de lado as temáticas relacionadas à saúde e às questões macrossociais específicas do ambiente hospitalar. A formação dos psicólogos ainda é fortemente influenciada por vertentes individualizantes. As teorias predominantes enfatizam os aspectos individuais e familiares como as principais causas do adoecimento e do sofrimento psíquico, indicando a psicoterapia

como a forma primordial de tratamento (DUTRA; FRANCO, 2007).

Mas o que é e o que faz um psicanalista? Está é uma questão muita cara aos psicanalistas. Entretanto, deve ficar suficientemente claro que ser psicanalista é adotar uma posição discursiva diante do Outro. Assim, não é possível ser todo psicanalista, ou seja, existe um quanto de psicanalista que pode se tornar, não se é psicanalista totalmente e nem todo o tempo. Só se pode passar pela posição do analista, não se pode permanecer nela (MEZAN, 1996, MELO; COUTO, 2012; MORETTO, 2001).

Lacan (1967) dirá que há um real em jogo na formação do psicanalista. Partindo de tal afirmação compreendemos que apesar da experiência do psicanalista, se fundar em um saber e corpo teórico, não se trata de um saber que pretende ser todo, pois haverá sempre um não saber sobre o qual não teremos domínio. Para que haja psicanálise, é necessário que o analista adote uma determinada posição do diante do Outro, ou seja, quer dizer que o analista, apesar de ser chamado a todo momento para dar respostas para as questões de alguém ou de alguma situação, não pode se deixar levar pelo narcisismo de respondê-las, pois, será sempre a sua resposta, que de nada servirá para o outro (DUNKER, 2014; MELO; COUTO, 2012).

O que há de inédito no discurso do analista é que ele é o único a se sustentar exatamente no impossível, assumindo que não se pode encobri-lo, comandá-lo ou silenciá-lo, mas que isso não implica em, necessariamente, ficar impotente diante dele. Sendo assim, o verdadeiro psicanalista é aquele que não teme assumir o impossível e os impossíveis de sua posição e de sua profissão. Calar a sua própria verdade para escutar a verdade do outro, tornar-se um objeto opaco, e meio de comunicação para que a singularidade, o sujeito do inconsciente e seu estilo apareçam do lado do Outro, essa é a grande descoberta freudiana. Tarefa difícil no ambiente hospitalar. Então, cabe ao psicanalista se sustentar em um entendimento da posição subjetiva do paciente, aliada à transferência, para assim obter a direção e a possibilidade de efeitos terapêuticos (MELO; COUTO,

2012; MORETTO, 2006; MORETTO, 2001).

A psicanálise nasce das interrogações não respondidas pela medicina, os médicos se questionavam acerca da histeria, seu funcionamento e correlatos orgânicos. As interrogações da medicina ainda são relançadas cada vez que o chão simbólico oscila e produz fendas. “Por que este paciente não melhora? Porque não adere ao tratamento? Diga-me senhor psicólogo, é louco esse paciente?”. O saber da medicina e o saber do psicanalista são de ordens heterogêneas, trafegam na contramão um do outro e seus objetos são completamente distintos. Por esta razão o médico e o psicanalista podem trabalhar juntos se não tiverem a ilusão da reciprocidade, da linguagem comum e da complementaridade. Podem se auxiliar mutuamente, mas a manutenção da diferença entre as duas ordens de saber é que pode conduzir para a eficácia de trabalho. Tem-se, então, que o sujeito da psicanálise, não é o mesmo da pesquisa positivista médica (MELO; COUTO, 2012; MORETTO, 2006; MORETTO, 2001).

O trabalho realizado por psicanalistas permite a atuação com o inconsciente em vários lugares diferentes do consultório porque se trata de uma lógica, pautada em ética, estratégia e prática, que não estão sujeitos às variações ambientais que tanto afetam o sujeito da medicina ou de outras modalidades do conhecimento. Onde houver um sujeito para falar e um outro para escuta-lo ali é possível o trabalho analítico. Não foi raro em minha experiência ter atendido pacientes nos corredores, em salas de coleta de sangue, sem que houvesse qualquer aspiração a um consultório decorado e com divã a disposição (MELO; COUTO, 2012; MORETTO, 2006; MORETTO, 2001).

O método psicanalítico, a associação livre, exige, em ambiente de trabalho hospitalar, o mesmo rigor que no consultório. Contudo, o hospital apresenta uma gama de variáveis que não se apresentam de modo tão concreto e imediato na clínica privada. Este é, talvez, o grande desafio para o exercício da psicanálise em ambiente hospitalar, pois a maior parte de tais variáveis é regida pelo discurso da ciência positivista, que impõe a necessidade de relações diretas entre causa

e efeito, previsibilidade, controle, repetição e generalização de resultados. Nesse contexto, a expectativa de resultados concretos e de fácil assimilação por parte das equipes é onipresente e exerce grande pressão no trabalho cotidiano (MELO; COUTO, 2012; MORETTO, 2001).

O impacto das doenças em um indivíduo é complexo, e por vezes, é enigmático, uma vez que, alguns pacientes apresentam piora de seu quadro clínico-sintomático sem explicações médicas suficientemente claras que justifiquem tal agravamento. Embora sejam bem conhecidas às etiologias, os tratamentos e as estratégias de controle e manejo, principalmente com o uso das intervenções médicas providas do avanço científico das últimas décadas, há uma grande parcela de doentes que não se beneficiam dos tratamentos farmacológicos, com mudanças na dieta, com a prática regular de atividade física ou com as chamadas estratégias de mudanças de estilo de vida, elementos que causam frustrações, tanto em quem sofre com a piora da doença, como em quem trata o doente.

Ao escutar a história de um doente, percebe-se seu sofrimento, expresso por desconfortos corporais, e, logo por incômodos e conflitos psíquicos, subjetivos e sociais. A vida simbólica molda o nosso destino biológico e social ao longo da vida. A Psicanálise está apoiada na premissa que propor o novo, retificar subjetivamente o sujeito, produz novos sentidos e direções aos sujeitos que modificam seu destino histórico. Saúde e doença são, portanto, construções da própria experiência histórica. Essa é a nova perspectiva para a ação médica oferecida pela Psicanálise a intervenção no destino histórico e pulsional dos pacientes (BERTOLDI; FOLBERG; MANFROI, 2013; MELO; COUTO, 2012)..

É pela vida da demanda que o psicanalista entra na cena médica. Para o desempenho de suas atribuições, conta com os membros da equipe para encaminharem os pacientes ao atendimento psicológico. No caso do médico, este se utiliza de exames objetivos, com foco em um diagnóstico que possibilitará a terapêutica adequada, e faz o

encaminhamento dos elementos subjetivos ao serviço de psicologia, assim, frente a uma demanda da equipe, o psicanalista entra em cena. Entretanto, é preciso escutar, apurar, pensar e relativizar a demanda médica.

A escuta psicanalítica deve atentar-se a identificar as demandas da instituição, da equipe de saúde, e do paciente. Deve-se levar em consideração que as demandas nem sempre têm caráter lógico, mas, quando dirigidas, comunicam a necessidade de serem acolhidas. Tanto o conceito de saúde e doença, quanto à discussão da relação mente e corpo, têm sido objeto de interesse ao longo da história, principalmente no que se referem às construções psicanalíticas acerca do tema (BRANDAO JUNIOR; BESSET, 2012). Ao questionar a determinação do sintoma, por exemplo, no caso Dora, Freud (1905) levanta a polêmica questão referente à origem dos sintomas histéricos, ou seja, se seriam de origem psíquica ou somática. No entanto, o autor pontua que a questão da origem dos sintomas, não está em escolher um determinante regulado na partilha do psíquico e do somático, uma vez que, todo sintoma requer a participação de ambos.

A famosa frase do cirurgião francês René Leriche: “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” indica que a doença, em última instância, é o que faz o corpo “falar”. A experiência do adoecimento rompe a imanência silenciosa entre o sujeito e o seu próprio corpo, transforma o corpo em um “problema” que determina exigências de saber e configura necessidades de cuidado e intervenção, não só física e orgânica, mas também de atenção e assistência psicossocial (CANGUILHEM, 1989; SAFATLE, 2011).

Ao analisar os sintomas histéricos, Freud em 1905 discute que estes não podem ocorrer sem a presença de certa complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado. A complacência somática proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal. Este conceito e expressão, mesmo que pouco abordada na literatura atual, não deixa de incomodar psicólogos e médicos, ou

seja, não nos deixa ficar acomodados com uma verdade absoluta da relação estabelecida entre a mente e o corpo. E, se ainda incomoda, muitos saberes podem ser produzidos mediante a análise da piora dos sintomas, sejam físicos ou psíquicos, pois de pronto nos despertamos para o fato de que ambos provem de etiologia comum: o corpo. Mas de qual corpo estamos falando?

Refletir sobre o corpo e seus fenômenos a partir de diferentes modelos teóricos é essencial para os debates acadêmicos e para as práticas sociais na contemporaneidade. Não há uma verdade absoluta ao abordamos a ciência e em como lidar com as relações mente-corpo. Atualmente, no âmbito hospitalar segue-se um percurso metodológico que reduz o homem a especialidades médicas, a um conjunto de peças orgânicas que remontam um maquinário, entretanto, a experiência clínica (médica ou psicológica) denuncia que tal caminho é infrutífero e que a máxima freudiana de que o ego é antes de tudo um ego corporal persiste em atestar isso. Conhecer os determinantes implicados na piora dos sintomas aponta para uma melhor compreensão destes fenômenos e abre-se a possibilidade do desenvolvimento teórico-prático que vise à diminuição do sofrimento humano (DUNKER, 2006, FARIAS, 2004).

O corpo e a piora sintomática podem ser compreendidos de diferentes maneiras. Na clínica psicanalítica há muitas formas de corporeidade, este tema diverge desde as mais antigas tradições de estudo sobre a psicossomática e o consenso dos termos é ainda bastante precário. O corpo é o lugar onde o eu enuncia radicalmente sua alienação: “eu sou isso”, e por outro lado é também a fonte das pulsões (NASIO, 2008; FARIAS, 2007).

A época e o lugar onde os entendimentos sobre o corpo se produzem vão delinear diferentes compreensões. A cultura demarca e distingue as diferentes concepções de corpo. É a cultura e a linguagem que lhe atribuem diferentes sentidos, pois são investidas de um poder regulador e organizador dos fenômenos da corporeidade. Para a psicanálise falar em corpo é ir para além da sua condição fisiológica, entretanto, sem nunca excluí-la (DUNKER, 2006; NASIO, 2008;

ELIAS, 2007; FARIAS, 2007).

Nasio (2008) salienta que o corpo que interessa para a psicanálise é o corpo sentido, ou seja, aquilo que o psiquismo humano sente em relação ao corpo, que é construído por percepções, representações, investimentos libidinais, pulsão e fantasias mentais. A Psicanálise faz um corte epistemológico ao abordar o corpo, não como o corpo da biologia, mas como corpo erógeno, sexuado, psíquico.

A proposta de trabalho orientada pelos princípios da psicanálise no hospital geral, não é uma tarefa fácil. No HC as pesquisas baseadas em evidências orientam cada vez mais a produção do conhecimento acerca da piora dos sintomas. Esta forma de ciência e metodologia de pesquisa atesta os postulados de Lacan (1967), ao buscarem expurgar a subjetividade do campo clínico. O desenho de estudo desta classe metodológica, conta com estratégias como o duplo cego, que visa ‘cegar’ a subjetividade, especialmente no que se referem aos efeitos transferênciais e contratransferênciais constituintes da relação médico-paciente. Na tentativa de excluir os vieses da subjetividade tanto do médico quanto do paciente, eliminando assim a transferência da cena clínica, o saber do mestre é elevado ao primeiro e único plano de saber válido, confiável, demonstrável e reprodutível (FARIAS, 2004).

Maria Livia Tourinho Moretto (2001) assinala que o discurso do médico exclui o aspecto subjetivo da fala de seu paciente; enquanto o discurso da psicanálise surge quando o paciente demanda saber algo para além do que pode ser devidamente visível e diagnosticável. Ao ignorar a dimensão do desejo e o do gozo presente na demanda dos pacientes, a cura é inacessível à ação terapêutica da medicina moderna. Quanto mais o médico responde a demanda do paciente com os objetos que a tecnologia científica coloca a sua disposição, mais sintomas aparecem, e os mesmos tendem a se agravar. Entretanto, mesmo frente a este cenário de exclusão da subjetividade, atualmente os psicanalistas têm encontrado e construído um campo para suas pesquisas e intervenções junto à medicina.

Grande parte dos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar buscam constante uma resposta imediata e mensurável acerca da piora dos sintomas e do agravamento do quadro clínico dos pacientes por eles atendidos. Isso muitas vezes, constitui-se como um elemento complicador para os psicólogos orientados pela psicanálise, entretanto, é exatamente nesse momento, quando o saber da equipe não alcança uma resposta, que de alguma forma o psicanalista pode se fazer presente, buscando produzir algo a mais (MORETTO, 2006).

O tratamento psicanalítico no hospital geral é estabelecido a partir de novos dispositivos, como gratuidade, encaminhamento preponderantemente médico dos casos, solicitações por trocas de informações sobre o paciente em equipe interdisciplinar, bem como, tempo de atendimento limitado a priori e permanência reduzida com um mesmo profissional. Estas são especificidades do âmbito público à clínica psicanalítica, as quais incluem a atuação da psicologia (DUTRA; FRANCO, 2007; PALMA et al, 2011).

A medicina pode se beneficiar da parceria com o trabalho dos psicanalistas. Não se trata de estar no hospital para negar a ciência ou a metodologia experimental de pesquisa, muito menos para responder aquilo que escapa dos domínios da medicina, mas sim, que a doença possui funções, direções, sentidos e representações dispare e singulares, que por meio da lógica psicanalítica de investigação, pode-se extrair saberes úteis, terapêuticos e transmissíveis aos pacientes, a equipe de saúde e aos psicólogos que com estes pacientes atuam diariamente (PALMA et al, 2011).

Segundo o pintor cubista Pablo Picasso “Se apenas houvesse uma única verdade, não poderiam pintar-se cem telas sobre o mesmo tema”. Respondendo a questão inicial: Onde poderia ser útil o conhecimento da psicanálise, no hospital? De forma pontual respondo que fazendo a verdade do inconsciente ser escutada e incluída na cena médica. Então, aí está a verdadeira interface entre a psicanálise e saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, EC. O psicólogo no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 3, set. 2000.
- BERTOLDI, S.G; FOLBERG, M.N.; MANFROI, W.C. Psicanálise na educação médica: subjetividades integradas à prática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, junho, 2013.
- BESSET, V. L. Quando o desejo é ‘remédio’ para a angústia: considerações sobre a ‘formação’ do analista. Latusa, **Revista da EBP**, n. 6, 2001.
- BRANDAO JUNIOR, P.M.; BESSET, V.L.. Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 23, n. 3, 2012.
- CANGUILHEM, G. **The Normal and the Pathological**. New York : Zone Books, 1989.
- CASTRO, E.K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, set. 2004 .
- DUNKER, C.I.L. Elementos para uma Metapsicologia da Corporeidade em Psicanálise. In: **II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental**, Belém, 2006.
- DUNKER, C.I.L. Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 1, abril, 2014.
- DUTRA, A.G.C; FRANCO, I.F. Um estudo sobre a psicanálise aplicada em um hospital geral. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, dez. 2007.
- ELIAS, V.A. O corpo além do corpo: os reflexos da (im) possibilidade. **Epistemo-somática**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, jul. 2007.
- FARIAS, C.N.F. **Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. Dissertação de mestrado. IPUSP. 2007.
- FARIAS, C.N.F. Psicanálise/Medicina: Qual laço possível?. In: **COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP**, São Paulo, 2004.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. São Paulo: Positivo, 2004.
- FREUD, S. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. **Obras completas**, ESB, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

JUCÁ-VASCONCELOS, HP. Reflexões sobre o hospital geral: um olhar psi e histórico. **IGT na Rede**, v. 7, n. 13, 2010.

LACAN, J. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: **Outros escritos** (pp. 248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

MELO, CBMi; COUTO, LFS. Os discursos de Lacan no hospital geral. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 2, junho, 2012.

MEZAN, R. Psicanálise e psicoterapias. **Estud. av.**, São Paulo, v. 10, n. 27, agosto, 1996 .

MORETTO, M.L.T. **O psicanalista num programa de transplante de fígado**: a experiência do “outro em si”. Tese de doutorado. IPUSP, 2006.

MORETTO, M.L.T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

NASIO, J.D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

PALMA, CMS; JARDIM, LL; OLIVEIRA, IM. Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Junho, 2011.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 9, n. 1, 2011 .

SANTOS, N.O. **Sintoma e satisfação pulsional**: estudo psicanalítico em pacientes com disfunção de pregas vocais mimetizando asma. [Dissertação de mestrado. FMUSP. 2006.

VICTOR, R.M.; AGUIAR, F. A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 1, 2011

ADOLESCENTES: cuidado!!!

*Adilson Martins*³

*Bruna de Vito*⁴

*Caroline Sasso de Oliveira*⁵

*Giovana Cristina de Paula*⁶

*Karina Lopes Sasso*⁷

*Fabrcio Ramos de Oliveira*⁸

RESUMO:

Este estudo busca compreender, a partir da revisão bibliográfica de autores psicanalíticos como Aberastury, Knobel e Winnicott, a adolescência e suas características, em especial, pretende destacar o aspecto da agressividade dos jovens e sua correlação com o conceito de *deprivação* do psicanalista Winnicott. Pretendemos com isso desnaturalizar a imagem de agressor, rebelde e delinquente que o senso comum intitula ao adolescente ao delimitar o que o impulsiona à tendência antissocial. Com isso, buscamos identificar o quanto a agressividade se relaciona com as falhas do cuidado na infância e o quanto o ambiente se torna alvo e meio para que o jovem possa restituir a segurança e cuidado que perdera.

Palavras-chave: *deprivação*, agressividade, adolescência, psicanálise.

REFERENCIAL TEÓRICO E OBJETIVOS

A adolescência para Knobel e Aberastury (1981) consiste na passagem da condição de criança para uma fase adulta, um processo de desenvolvimento, sendo este “um momento crucial em um processo de desprendimento que começou com o nascimento” (ABERASTURY,

3 Aluno do terceiro semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. adilson_martins12@hotmail.com

4 Aluno do terceiro semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. bruna-devito@hotmail.com

5 Aluno do terceiro semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. carolsasso@outlook.coam

6 Aluno do terceiro semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. giovanadepaula_psico@outlook.com

7 Aluno do terceiro semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. karinalopessasso@hotmail.com

8 Orientador. Psicólogo especialista, mestrando em Psicologia, filósofo, professor do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Email: fabrcio.oliveira@fap.com.br

198, p.13).

A necessidade de uma nova identidade é uma das buscas do adolescente, devido à perda de sua identidade infantil decorrente de mudanças fisiológicas que ocorrem na transição da infância para a adolescência. Para que isso ocorra é necessário que o luto pelo papel infantil seja feito de maneira adequada.

Nessa fase há flutuações entre a dependência e a independência extremas em relação ao cuidado e atenção dos pais, pois é um período difícil em que o jovem se encontra confuso e perdido em um mundo que agora é novo e sem saber direito ainda quem é. Desse modo, essa fase apresenta sintomas, como de agressividade, mas que para autores como Aberastury e Knobel (1981) devem ser encarados como normais.

Para Winnicott (2010) a adolescência trata-se de um amadurecimento pessoal, que só ocorre se esse indivíduo tiver um ambiente seguro e um cuidado suficientemente bom que permitam seu movimento de amadurecer. Em relação à isso Winnicott afirma:

O ambiente desempenha, neste estágio, papel de imensa importância, a ponto de ser mais adequado, num relato descritivo, supor a continuidade da existência e do interesse do pai, da mãe, da família pelo adolescente. Muitas das dificuldades por que passam os adolescentes, e que muitas vezes requerem a intervenção de um profissional, derivam de más condições ambientais (WINNICOTT, 2005, p.117).

Esse comportamento agressivo manifesta-se na adolescência, porém suas raízes estão na infância, pois para Winnicott, ao nascer, o infante está todo fragmentado, e só irá se integrar se houver uma adequada interação com o cuidador⁹. Caso essa interação não seja oferecida ao bebê ou for oferecida de modo falho, quer dizer, se a mãe

⁹ Esse estudo entende que não só a mãe realiza o cuidado, mas qualquer pessoa pode corresponder a esse papel, para tanto, utilizaremos o termo cuidador para denominar àqueles que executam o cuidado.

não demonstrar a chamada “preocupação primária materna¹⁰”, este não se constitui como uno e com isso se torna impossível a construção do “eu sou” permanecendo não-integrado.

Para garantir a integração do bebê é necessário um cuidador suficientemente bom que proporcionará um ambiente facilitador e que faça com que ele sinta que é o promotor de seu crescimento e desenvolvimento, podendo sentir-se integrado e ter uma interação com o mundo.

Para isso ocorrer precisa-se do *holding*, do *handling* e do ambiente facilitador. O *holding* é o cuidado físico que promove a integração, visto que todo indivíduo nasce “não-integrado”, o *handling* é o manejo/manuseio que possibilita a conquista dos limites de seu corpo e conseqüentemente conquista de um espaço próprio e um outro para interagir (sentimento de existência), e isso ocorre com o ambiente facilitador, permitindo que o bebê se sinta seguro.

Entretanto, se houver alguma falha nesse processo, ou seja, se a mãe não fornecer à criança aquilo que ela necessita no momento, esta se sentirá desintegrando, o ambiente a invadirá, gerando assim uma *angústia impensável*¹¹ nela, que rompe com seu ritmo contínuo de existência. Seu psiquismo ainda não se desenvolveu completamente e com isso, além de provocar no bebê um sentimento de aniquilamento que ameaça sua integração que fora conquistada pelo cuidado, o que promove o desenvolvimento de um falso *si-mesmo*, visto o sentimento de fragmentação existencial e intrusão ambiental que a falha do cuidador gera.

Para tanto, evidencia-se então a *deprivação*, que ocorre nesse negligenciamento da mãe com os cuidados do bebê, “uma criança torna-se privada quando é destituída de algum aspecto essencial de

10 A “preocupação primária materna” é um conceito winnicottiano que representa a adaptação sensível da mãe às necessidades do bebê nos primeiros momentos de sua vida.

11 Para Winnicott, as angústias impensáveis ameaçam a continuidade de ser do homem e suas possibilidades para se abrir a novos sentidos e amadurecer-se genuinamente, fato que pode gerar estados patológicos e alienantes no bebê.

sua vida em família” (WINNICOTT, 2000, p. 409). Essa *deprivação* é causada pela falha, que pode ser tanto excesso como falta do cuidado necessário. De acordo com Vilhena e Maia (2002):

Diante dessa (de)privação, o bebê desenvolve movimentos e atos para avisar a este meio que ele espera que este mesmo meio o proteja de novo: seria o que Winnicott chama de esperança da tendência anti-social. (VILHENA e MAIA, 2002, p. 40)

Em poucas palavras, essa tendência anti-social pode ser esse “ataque” ao ambiente que lhe invadiu, na tentativa de requisitar os cuidados da mãe, para que essa possa restaurar a segurança para que o jovem restitua seu movimento de amadurecer e seu desenvolvimento, fato que Winnicott entende por esperança da tendência antissocial. Devido a isso, o adolescente age agressivamente como uma forma de se defender desse ambiente invasor e avisar esse meio que seus cuidados estão sendo falhos.

A tendência antissocial, segundo Winnicott (2002), pode se manifestar de duas formas: no roubo e na destrutividade.

O roubo, sob a visão Winnicottiana, é a procura de um objeto em algum lugar, e o que importa não é o objeto roubado, mas seu significante para o adolescente. Ele procura no roubo sua mãe, a interação entre eles, sentindo que tem o direito de usar esta mãe. O que ele busca é disponibilização da mãe, o *holding*. E caso esse adolescente obtiver fracasso em achar esse objeto, irá procurar em outros, enquanto ainda houver esperança. Já a destrutividade se relaciona com a interação com o pai. “A função paterna, em Winnicott, é ser o ambiente indestrutível, aquele que sustenta a mãe, que sustenta o bebê”. (VILHENA E MAIA, 2002, p.44). Nessa relação o adolescente busca limite e um local para que se sinta seguro, um ambiente estável que suporte seu comportamento impulsivo. Procura um pai que seja rígido, mas também amoroso para assim poder “descansar, relaxar, desintegrar-se, sentir-se seguro” (WINNICOTT, 2002).

A partir disso, o trabalho se mostra importante para desnaturalizar a visão que se apresenta no cotidiano de que o adolescente se mostra como um delinquente, rebelde, e até perigoso frente à sua forma de extravasar a agressividade. A sociedade julga o adolescente de forma precipitada e sua forma de ser e pensar acaba sendo ignorada fazendo com que sua vontade de agir no mundo, que é tão presente nessa fase, seja barrada. É necessário a compreensão de que essa expressão de fúria pode ser uma forma de pedir socorro ao mundo, para aquilo que teve e lhe foi retirado, e de forma agressiva pedir ajuda, socorro e atenção.

Dessa forma, essa pesquisa busca identificar características da adolescência, que vai da dependência absoluta para a independência relativa e fazer uma pequena comparação da visão Winnicottiana com a de Aberastury e Knobel sobre essa fase.

Busca também compreender a relação de *deprivação*, que a mãe submete ao bebê, e a agressividade na adolescência, levando em conta o enfoque no ambiente sob a perspectiva de Winnicott, além de analisar o porquê o adolescente age de forma agressiva em seu meio. Outro aspecto é conceituar o termo *deprivação*, que para Winnicott (2002) é uma falha que ocorre nos cuidados ou no ambiente e evidenciar se essa (*deprivação*) resultará em tendência antissocial, que é a expressão de agressividade na fase da adolescência.

METODOLOGIA

Esse trabalho se realiza por meio de revisão bibliográfica de textos referentes à psicanálise na visão Winnicottina e de Knobel e Aberastury sobre a adolescência.

Através das concepções de Winnicott, é possível estabelecer aproximações entre a *deprivação* na infância e a agressividade manifestada na adolescência, além de apresentar a visão de Knobel e Aberastury, que afirmam que este fenômeno de agressividade é um

processo normal nessa fase.

RESULTADOS

A pesquisa ainda está em andamento, mas é notável, a partir da revisão bibliográfica, que o comportamento agressivo do adolescente está diretamente ligado à *deprivação* sofrida na infância. Entretanto agressividade não é sinônimo de doença, e que os adolescentes têm a tendência de apresentar esse comportamento nessa fase, caso tenham sido privados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos, podemos então concluir previamente que o adolescente visto como rebelde e agressor pela sociedade não age dessa forma simplesmente por motivos próprios, mas sim, como fruto de falhas em seu cuidado na infância e ele precisa desesperadamente de ajuda dessa mesma sociedade que o julga e o condena. Com isso, a partir da teoria Winnicottiana podemos desnaturalizar essa visão destrutiva que se tem dos jovens e buscar compreendê-los a partir de aspectos referentes aos modos de cuidar e evidenciar o quanto as falhas do cuidado podem reverberar no ambiente e nos contextos em que os adolescentes vivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Tradução Suzana. M. G. Ballve. Porto Alegre: Editora Artmed, 1981

OLIVEIRA, Daniela Machado de. FULGENCIO, Leopoldo Pereira. **Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação**. Psicologia em revista, Belo Horizonte, abr. 2010.

VILHENA, Junia de. MAIA, Maria Vitória Campos Mamede.

Agressividade e violência: reflexões acerca do comportamento anti-social e sua inscrição na cultura contemporânea. Revista mal-estar e subjetividade, Fortaleza, set. 2002.

WINNICOTT. D. W. A Tendência anti-social. In: **Da pediatria à Psicanálise: obras escolhidas.** Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.406-416.

_____. **Privação e delinquência.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

AGRESSIVIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mayron Pereira Picolo Ribeiro¹²

Danielle Potoski¹³

Ieda Assunção dos Santos¹³

Fernanda Midori Moryama¹³

Luiza Andrade Dos Reis¹³

Orientador: Jefferson Pereira Genari¹⁴

RESUMO:

Por meio do presente trabalho objetivou-se realizar uma revisão de literatura sobre o tema agressividade na escola. Trinta e três artigos com as foram recuperados, mostrando relação da agressividade escolar com a família e as práticas parentais, as dificuldades de aprendizagem e o papel do professor. Pode-se afirmar que o modelo aprendido no contexto familiar constitui-se como peça fundamental para as relações dos filhos, em todos os ambientes em que este estiver inserido, incluindo a escola. Observou-se, também, que a extrema falta de afeto e rejeição por parte dos pais pode predizer comportamentos agressivos e de delinquência, que podem levar a dificuldades de aprendizagem. Com relação aos professores, aqueles que criam ambientes acolhedores para seus alunos – inclusive os considerados agressivos – encontram menores problemas com relação à agressividade e aproveitamento. A partir das informações obtidas, pôde-se observar que a atuação do psicólogo escolar em casos de agressividade deve ser de forma que considere todo o contexto em que o aluno está envolvido, olhando para a agressão como um período de adaptação que se constitui reforçadora para a criança e realizar a análise a partir daí.

PALAVRAS-CHAVE: Agressividade; Contexto Escolar; Psicologia da Educação

INTRODUÇÃO

A agressividade tem sido bastante pesquisada e discutida no contexto escolar e científico nas últimas décadas, chegando, inclusive, aos consultórios de psicoterapia. A partir da revisão de literatura, pôde-se encontrar grande relação entre a agressividade emitida no contexto

12 Estudante do Curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP – mayronpicolo@hotmail.com

13 Estudantes do Curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP – daniellepotoski@hotmail.com; iedadudaana@hotmail.com; soulpictures@hotmail.com; lu-andradereis@hotmail.com

14 Psicólogo, Especialista em Literatura e Ensino – Faculdade de Apucarana - FAP

escolar com aquela que ocorre dentro do ambiente familiar.

CONTEÚDO

Segundo Bandeira et al (2006), as crianças que apresentam comportamentos problemáticos possuem maiores índices de dificuldades nas relações parentais. Expor crianças a contingências aversivas no âmbito familiar, com a manifestação de comportamentos agressivos e hostis, tende a reproduzir esse padrão comportamental na escola. O modelo aprendido no contexto familiar constitui-se como peça fundamental para as relações dos filhos, já que tais situações possivelmente serão transferidas para outros contextos (DESSEN; POLONIA, 2007 apud BARBOSA et al, 2011), fato que pode ser considerado preocupante, já que pesquisas apontam o índice de agressividade mais elevado na família do que na escola (BARBOSA et al, 2011). Essa repetição somada às dificuldades dos professores em lidar com a agressividade faz com que condutas inadequadas persistam, prejudicando a aprendizagem e a socialização.

Para que se possa entender a agressão humana, deve-se olhar para o contexto familiar e escolar em a criança se desenvolve, pois, por um lado, propiciam que se abandone paradigma ‘instintual’ e que se adotem perspectivas mais ‘sociais’ do problema, verificando a dimensão da situação. Por outro lado, mas diretamente relacionado a isso, reconhece-se que esses ambientes são fundamentais para a aquisição e a manutenção de comportamentos agressivos em muitas vezes, não discriminados pelos adultos que está diretamente com a criança.

As relações de poder dentro da família influenciam amplamente os estilos parentais e as práticas educativas também. A falta extrema de afeto e rejeição gera consequências negativas para o desenvolvimento. Nunes, Faraco e Vieira (2013) afirmam que o pobre apego do menino com a mãe pode predizer comportamentos de agressividade e

delinquência. Com relação às meninas, tais comportamentos podem ser previstos quando acontece rejeição parental ou pouco controle comportamental. Se na relação que se estabelece entre os pais e a criança, o afeto, a reciprocidade e o equilíbrio de poder não estão presentes, pode ocorrer prejuízo ao desenvolvimento da criança, comprometendo as relações posteriores que ela virá a estabelecer com outras pessoas, em outros ambientes que poderá vir a conhecer (BRONFENBRENNER, 1979).

Segundo pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SANTOS, 2006), a agressividade aparece em maior incidência para os meninos, enquanto que dificuldades de aprendizagem aparecem em maior incidência nas meninas. Essa agressividade envolve tanto a forma física como verbal quando a intensão da criança é atacar, ofender ou ferir o outro. Hoje, a Aprendizagem Social é uma teoria importante para estudar o comportamento agressivo, pois estuda a aquisição de novos comportamentos a partir da observação de modelos comportamentais, conforme observado por Bandura, (1979) apud Vieira, Mendes e Guimarães (2010).

Ao entrarem na escola, crianças agressivas geralmente têm problemas de concentração, perceptivos e de aprendizagem. Quase sempre, as dificuldades são ignoradas na etapa inicial de escolaridade e, assim, a criança vai para a escola com sentimento de incapacidade, de não conseguir corresponder às expectativas. Com frequência perdem o autocontrole, culpam os outros por seus problemas, comportam-se de maneira desafiadora e agressiva. Porém os professores e diretores em geral, não compreendem esses comportamentos e tendem a considerá-los como um transtorno punindo e ridicularizando essas crianças, gerando mais hostilidade, resistência e oposição. Papalia e Olds, (2000) apud Jolly, Dias e Marini (2009).

Há, ainda, um forte reconhecimento da importância de os professores criarem em sala de aula um ambiente carinhoso e seguro para seus alunos também. Estudos como o de Hamre e Pianta (2005) têm fornecido evidências de que, para crianças em situação de risco,

contar com um professor caloroso e apoiador pode ser crítico para o desenvolvimento adequado. Esses pesquisadores fizeram comparações entre duas amostras, sendo a primeira composta por alunos de 1ª série em situação de alto risco que frequentavam salas de aula conduzidas por professores que forneciam apoio emocional regularmente ao longo das interações diárias, e a segunda formada por um grupo de alunos que estavam em classes menos apoiadoras. Eles verificaram que, ao final da 1ª série, os alunos que estavam em salas de aula mais apoiadoras demonstraram melhor aproveitamento e menos conflito com os professores. Esse tipo de apoio do professor, mesmo sendo fornecido na 1ª série, parece ter implicações para o comportamento e ajustamento do aluno em momentos posteriores, inclusive com relação à agressividade.

Pianta (1998) argumenta que a relação entre professores e alunos pode funcionar como um fator de proteção, contribuindo para a minimização dos fatores de risco aos quais as crianças estão expostas. Experiências como essas podem capacitar uma criança a construir relacionamentos que compensariam aqueles estabelecidos com outros adultos, especialmente com os pais, promovendo interações que incentivam a melhora de suas performances em sala de aula e recuperam a autoestima da criança.

Estudos vêm mostrando como os professores podem influenciar de forma positiva a trajetória de desenvolvimento de crianças com risco psicossocial, facilitando a adaptação das mesmas na escola, diminuindo a frequência de comportamentos agressivos. Especificamente, o papel do professor como fator protetivo tem sido evidenciado através do contato próximo entre este e o aluno, da pouca discórdia entre eles, das expectativas otimistas de um para com o outro e do cuidado do professor para com o aluno (BIRCH; LADD, 1997). Os resultados das pesquisas indicam que estudantes com comportamentos agressivos podem se beneficiar de relacionamentos com professores que demonstram compreendê-los, que encorajam a comunicação e a expressão de emoções (PIANTA, 1998).

A atuação do psicólogo escolar deve, entre outras atribuições, investigar melhor o processo de construção do conhecimento da criança, enfocando os tipos de cultura trazidos pela criança ao iniciar sua aprendizagem acadêmica na escola e o que ocorre durante o processo ensino aprendizagem. O perfil pessoal e a conduta do professor interferem e têm peso significativo para o desenvolvimento e o desempenho dos alunos. O psicólogo precisa, então, não apenas de conhecimentos psicológicos relacionados ao desenvolvimento infantil e às influências ambientais que o atingem, mas também voltados para a situação de aprendizagem e dos aspectos psicopedagógicos envolvidos. A atuação deste profissional direcionada para o grupo de alunos, não apenas para “alunos problemas”, pode permitir e colaborar com o professor para que o mesmo perceba as crianças em seu jeito individual de ser, transpondo os muros da escola para conhecer sobre o aluno mais do que o currículo escolar determina e, dessa forma, melhorar o seu desempenho, envolvendo-se em seus interesses e realidades. Sugere-se que, inicialmente, realize a identificação das necessidades pela análise dos sistemas e programas e pela revisão de informações relevantes para que um relacionamento entre psicólogo e demanda seja estabelecida (VALLE, 2002).

CONCLUSÃO

Pode-se perceber a convivência familiar como fonte de aprendizagem para comportamentos agressivos emitidos no contexto escolar, o que pode levar a dificuldades de aprendizagem do aluno em questão. Percebe-se que o papel do professor pode minimizar tais efeitos, contanto que este ofereça um ambiente acolhedor e protetivo, favorecendo melhor aproveitamento diminuição da emissão de comportamentos agressivos. Por fim, o olhar do psicólogo deve englobar o todo em que a criança se insere, a fim de determinar quais variáveis influenciam no comportamento agressivo a fim de controlá-las para modificação de comportamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA, M. et al. Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 199-208, 2006.

BARBOSA, A. J. G. et al. Agressividade na infância e contextos de desenvolvimento: família e escola. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 228-235, 2011.

BIRCH, S. H; LADD, G. W. The teacher-child relationship and children's early school adjustment. **Journal of School Psychology**, v. 35, p. 67-79, 1997.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

ESTATUTO da criança e do adolescente.

FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002.

HAMRE, B. K.; PIANTA, R. C. Student-teacher relationships. In: BEAR, G. G.; MINKE, K. M. (eds.). **Children's needs III: development, prevention and intervention**. Washington: National Association of School Psychologists, 2006. p. 49-60.

JOLY, M. C. R. A.; DIAS, A. S.; MARINI, J. A. S. **Avaliação da agressividade na família e escola de ensino fundamental**, Itatiba, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712009000100009> Acessado em: 22/04/2014.

JOLY, M. C. R. A.; DIAS, A. S.; MARINI, J. A. S. **Avaliação da agressividade na família e escola de ensino fundamental**, Itatiba, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712009000100009> Acessado em: 22/04/2014.

JOLY, M. C. R. A.; DIAS, A. S.; MARINI, J. A. S. **Avaliação da agressividade na família e escola de ensino fundamental**, Itatiba, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712009000100009> Acessado em: 22/04/2014.

MACCOBY, E.; MARTIN, J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: HETHERINGTON, E. M. (Org.); MUSSEN, P.

H. (Org.). **Handbook of child psychology**, New York: Wiley, v. 4, 1983.

MOURA, C. B. de Avaliação clínica do comportamento agressivo em crianças. IN: CABALLO, V. E. (Org.). **Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos**: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade. São Paulo: Santos, 2012. p. 619-631.

NUNES, S. A. N.; FARACO, A. M. X. Attachment and parental practices as predictors of behavioral disorders in boys and girls. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 56, p. 369-377, 2013.

PIANTA, R. C. **Enhancing relationships between children and teachers**. Washington: American Psychological Association, 1998.

PIANTA, R. C.; HAMRE, B. K.; ALLEN, J. P. Teacher-student relationships and engagement: conceptualizing, measuring and improving the capacity of classroom interactions. In: CHRISTENSON, S. L. et al (eds.). **Handbook of research on student engagement**. New York: Springer Science+Business Media, 2012.

SANTOS, P. L. **Problema de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil**, Maringá, v.11, n.2. p. 315-321, 2006.

TORTORELLI, M. F. P.; CARREIRO, L. R. R.; ARAÚJO, M. V. de. Correlações entre a percepção da violência familiar e o relato de violência na escola entre alunos da cidade de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 32-42, 2010.

VALLE, L. E. L. R. Psicologia escolar: um duplo desafio. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 22-29, 2003.

VIEIRA, T. M.; MENDES, F. D. C.; GUIMARÃES, L. C. **Aprendizagem social e comportamentos agressivos e lúdicos de meninos pré-escolares**, p. 544-553, 2010.

VIVER A VIDA OU VIVER O HIV/AIDS?

Andressa da Silva Moreira¹⁵

Jéssica Rosane Lourenção¹⁶

Kalini Avance Bineli¹⁷

Klíssia Fertoani dos Santos¹⁸

Leticia Braiani Caetano Gonçalves¹⁹

Ms. Mayara Camargo Cavalheiro²⁰

RESUMO:

O presente estudo tem como objetivo promover a autoestima nos portadores de HIV/AIDS dentro do marco da psicologia analítica comportamental. Participarão da intervenção de 13 a 20 pessoas soropositivas de um grupo já existente, adultos com idades variadas e de ambos os sexos. Os participantes estão em atendimento na rede pública de saúde, no Núcleo de Aconselhamento, Testagem e Tratamento de Apucarana (NATTA) que presta assistência aos portadores de HIV/AIDS. Serão realizados 10 encontros com os participantes e os temas autoestima e qualidade de vida serão trabalhados juntamente com outros profissionais do NATTA que realizam o acompanhamento desses pacientes. Apesar dos avanços no tratamento de HIV/AIDS, que proporciona uma diminuição do temor da morte, melhorando a expectativa e a qualidade de vida, viver com esta doença ainda é um desafio devido ao seu impacto psicológico e social. Desta forma, torna-se importante o trabalho da psicologia pelo fato de que esta ciência auxilia os pacientes portadores de HIV/AIDS em suas vivências dolorosas. Espera-se que ao final da intervenção seja possível o aumento da autoestima, a valorização da autoimagem e respeito a si mesmo.

Palavras-chave: Análise do Comportamento; Autoestima; HIV/AIDS.

15 Aluna do sétimo semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Email: andressa@hotmail.com

16 Aluna do sétimo semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Email: jhessy.lacerda@hotmail.com

17 Aluna do sétimo semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Email: kalinibineli@hotmail.com

18 Aluna do sétimo semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Email: klissia_fertonani@hotmail.com

19 Aluna do sétimo semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Email: leticiaaetano@bol.com.br

20 Orientadora Ms. do sétimo semestre de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Email: may_cavalheiro@hotmail.com

REFERENCIAL TEÓRICO

O HIV/AIDS (vírus da imunodeficiência humana/ síndrome de imunodeficiência adquirida) foi descrito a partir do final da década de setenta, sendo que os primeiros casos ocorreram no Zaire (1450 casos), no Haiti (41 casos) e nos Estados Unidos (27 casos) (GUIMARÃES E CASTILHO, 1993 p.101). Porém, foi apenas no início da década de 90 que surgiram as primeiras tentativas terapêuticas mais eficazes, fato que trouxe maior esperança para os infectados, que antes vivenciavam sua evolução clínica e esperavam a morte, avanços dos tratamentos para os portadores de HIV/AIDS, houve uma diminuição do temor da morte, melhorando a expectativa e a qualidade de vida, possibilitando uma permanência de relações afetivas, de trabalho, de lazer e sociais na vida desses indivíduos.

Sobre a doença, ainda não é possível afirmar quanto tempo leva para que, da infecção até o surgimento de algum sintoma, surja algum sintoma. Nota-se que algumas pessoas podem passar meses ou anos sem apresentar sintomas ou até mesmo nunca apresentar complicações de saúde por causa do HIV/AIDS (CARVALHO, et al., 2007).

Primeiramente os sintomas mais comuns segundo Ministério da Saúde são febre e mal-estar. Além disso, pode-se perceber que aspectos emocionais também estão envolvidos no processo de adoecer. Entre eles é possível citar a baixa autoestima, a autoimagem negativa, a grande revolta e a negação frente ao diagnóstico.

Partindo disso, observa-se uma grande necessidade de saber sobre os aspectos psicossociais envolvidos, tanto na questão da adesão ao tratamento, quanto na aquisição de comportamentos que podem aumentar a resistência do organismo, diminuindo os fatores aversivos causados pela doença.

Nota-se então, que a modificação de rotina por uma dada notícia causa reações em nosso organismo e a constatação de ser portador HIV/AIDS tem grande estigma e preconceito social (CARDOSO; MARCONI e WAIDMANI, 2008). Assim, pelo HIV/

AIDS protagonizar ainda hoje preconceito e vergonha de quem é portador, tem-se como consequência o “abandono do tratamento e não aceitação da doença pelo doente e família” (CARDOSO; MARCONI e WAIDMANI, 2008, p.327). Segundo Carvalho e Galvão (2008, p.91) “as pessoas são reticentes a falar de seu estado de infecto, o qual contribui para aumentar seus sentimentos de isolamento”, portanto é proposto aprofundar os estudos sobre este tema.

Desta forma, pelo fato da Psicologia ser uma ciência que contribui para compreensão da totalidade da vida humana (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 1999) é possível ver sua importância no auxílio aos pacientes portadores de HIV/AIDS em suas vivências dolorosas, sabendo que este vírus/doença, como citado por Fernandes, Meneghin e Pimenta (2006), é envolvido pelo preconceito, pela concepção do portador a antecipação da morte, pelo desfiguramento do corpo, pelos distúrbios na autoestima e na autoimagem e pela rejeição de familiares e amigos.

Uma abordagem da Psicologia que pode contribuir com os portadores do HIV/AIDS é a Análise do comportamento. Segundo Bock, Furtado e Teixeira (1999) a Análise do Comportamento tem como objeto de estudo o comportamento, em que o “estudo das interações entre o indivíduo e o ambiente, entre as ações do indivíduo (suas respostas) e o ambiente (as estimulações)” (BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 1999, p.58), tem grande ênfase. Skinner (1974/1993 apud CONTE, 2010, p.385) diz mais sobre a Análise do Comportamento, afirmando que ela é “capaz de contribuir com a intervenção científica frente ao sofrimento humano”. Assim esta abordagem pode auxiliar na compreensão dos comportamentos dos portadores de HIV/AIDS analisando as contingências que estão envolvidas no processo de diagnóstico, tratamento e adoecimento.

Inicialmente, com base em pesquisas bibliográficas sucintas (CARDOSO, MARCONI, WAIDMANI, 2008; CARVALHO, MORAIS, KOLLER, PICCININI, 2007; GALVÃO, CERQUEIRA, MACHADO, 2004; GUIMARÃES, CASTILHO, 1993; Departamento

de DST, AIDS e Hepatites Virais; BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 1999; WAIDMAN, BESSA, SILVA, 2011) foi possível observar que os portadores apresentam baixa autoestima, autoimagem negativa, grande revolta e negação do diagnóstico. Por mais que existam tratamentos, a medicina ainda não encontrou a cura para HIV/AIDS e, o que existem são medicamentos que fazem o controle do vírus e sintomas e a evolução do quadro clínico da doença, melhorando a qualidade de vida do paciente e aumentando o índice de sobrevivência. Entretanto, é imprescindível uma equipe qualificada para o auxílio do paciente para reduzir o impacto do diagnóstico e evitar atitudes de risco, como o suicídio e a agressão contra si.

MÉTODOS

Participarão da intervenção de 13 a 20 pessoas soropositivas de um grupo já existente, adultos com idades variadas e de ambos os sexos. Os participantes estão em atendimento na rede pública de saúde, no Núcleo de Aconselhamento, Testagem e Tratamento de Apucarana (NATTA) que presta assistência aos portadores de HIV/AIDS. A assistência ali prestada compreenderá em acompanhamento e intervenção ao grupo já existente. Os encontros acontecerão uma vez na semana, todas as quintas-feiras com intervenções que visarão mudanças emocionais e psicossociais com o intuito de proporcionar a melhora de comportamentos relacionados à ansiedade e depressão, por exemplo, além de promover bem-estar e qualidade de vida. Estas intervenções compreenderão rodas de conversas com debates, dinâmicas e reflexões.

OBJETIVOS

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo de promover a autoestima nos portadores de HIV/AIDS, conhecendo os projetos de vida dos adultos que convivem com o vírus/doença com o

intuito de investigar a relação entre autoestima, autoimagem e respeito a si mesmo, levantando dados sobre a doença e sobre os portadores, para compreender as implicações da doença sobre o comportamento dos mesmos. As intervenções acontecerão uma vez por semana tendo a duração de uma hora, rodas de conversa com debates, dinâmicas e reflexões.

RESULTADOS

Pelo fato do trabalho estar em andamento, ainda não foram obtidos resultados, pois o mesmo está em fase de aprovação pelo comitê de ética. Presumivelmente pode-se pressupor que ao final da intervenção seja possível o aumento da autoestima, a valorização da autoimagem e respeito a si mesmo.

Foi realizada uma visita ao grupo com o objetivo de observar a vivência dos participantes. Este é formado por homens e mulheres com ambas as idades, em que discutem sobre temas sugeridos pela assistente social responsável pela instituição. Nesta visita, pode-se perceber grande aceitação com a participação de estagiários de psicologia, demonstrando entusiasmo em saber do interesse de uma equipe em trabalhar com eles, os quais se sentem “esquecidos” como declarado pela condutora do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tem-se o interesse de concluir este projeto, pois se sabe que este vírus/doença é envolvido pelo preconceito, pela concepção do portador a antecipação da morte, pelo desfiguramento do corpo, pelos distúrbios na autoestima e na autoimagem e pela rejeição de familiares e amigos, caminhando desta maneira na perspectiva de ampliar conhecimentos sobre aspectos psicossociais que envolvem os portadores de HIV/AIDS, como baixa autoestima, a autoimagem negativa, a grande revolta e a negação frente ao diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOCK, A. M. B.; et al. **O Behaviorismo**. In, BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. T. *Psicologias, uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Editora Saraiva, 1999. p. 45-58.

CARDOSO, A. L.; MARCON, S. S; WAIDMANI, M. A. P. O Impacto da Descoberta da Sorologia Positiva do Portador de HIV/AIDS e sua Família. **Revista Enfermagem**. v. 16, n. 3, p. 326-332. 2008.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; GAVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 1, p. 90-97. 2008.

CARVALHO, Fernanda Torres de; MORAIS, Normanda Araújo de; KOLLER, Silvia Helena; PICCININI, Cesar Augusto. **Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS**. Rio de Janeiro, 23(9): 2023-2033, set, 2007.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids Disponível no site: <http://www.aids.gov.br/aids>, acesso dia 10 de março de 2014.

FERNANDES, Silvana Gomes; MENEGHIN, Paolo; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Dor no doente com AIDS. Prevalência, características e impacto na qualidade de vida em estudo brasileiro. In: PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e Cuidados Paliativos. Enfermagem, Medicina e Psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 167-192.

GALVÃO, Marli Terezinha Gimenez; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; MACHADO, Jussara Marcondes. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL**. Rio de Janeiro, 20(2): 430-437, mar-abr, 2004.

GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CASTILHO, Euclides Ayres de. Artigo de revisão: Aspectos epidemiológicos da Aids/HIV no Brasil. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**. Belo Horizonte, 26(2): 101-111, abr-jun, 1993.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; BESSA, Jacqueline Botura; SILVA, Fernanda Lorena Canton de. **VIVER COM AIDS E SOFRER PSIQUICAMENTE**. Revista Rene. Fortaleza, 12(1): 173-180, jan/mar, 2011.

POR QUE SONHAMOS? A MANIFESTAÇÃO DO DESEJO POR MEIO DOS SONHOS SEGUNDO A TEORIA PSICANALÍTICA

Artur Leandro Escobar²¹

Cristiano da Silva Martins²²

Daniela Nunes do Nascimento²³

Flavia Delgado dos Santos²⁴

Jéssica Galian Vieira²⁵

Tamires Tauana Navarro do Santo²⁶

Fabricio Ramos de Oliveira²⁷

RESUMO:

Freud em sua obra *A interpretação dos sonhos* (1900) atribui ao desejo um significativo papel na constituição dos sonhos. O presente estudo propõe pontuar essa importante função e ressaltar de que modo ocorre a manifestação dos desejos através dos sonhos. Com o auxílio de autores como Garcia-Roza, Mezan e Brenner de maneira breve conceituamos o desejo e o que são os sonhos segundo a teoria psicanalítica, e com base na obra *A Interpretação dos sonhos* de Freud buscamos identificar a função dos desejos nos sonhos e assim compreender, segundo a Psicanálise, porque sonhamos.

Palavras-chave: desejo, sonhos, Psicanálise.

21 Aluno do terceiro semestre de graduação do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana-FAP. artur.escobar@hotmail.com

22 Aluno do terceiro semestre de graduação do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana-FAP.cristiano.smartins@hotmail.com

23 Aluna do terceiro semestre de graduação do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana-FAP.danielanasc@outlook.com

24 Aluna do terceiro semestre de graduação do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana-FAP.flavinhadelgado@hotmail.com

25 Aluna do terceiro semestre de graduação do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana-FAP. jessicagvieira29@gmail.com

26 Aluna do terceiro semestre de graduação do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana-FAP. tamiresnavarro@hotmail.com

27 Mestrando em Psicologia na Universidade de Maringá (UEM), especialista em Psicologia Clínica, Psicólogo clínico, Filósofo, professor de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. fabricio.oliveira@fap.com.br

REFERENCIAL TEÓRICO E OBJETIVOS

Um dos objetivos deste artigo é introduzir de maneira sucinta o caminho percorrido pela teoria psicanalítica no desenvolvimento da obra *A Interpretação dos sonhos* (1900) de Freud, deixando mais claro e acessível a função do desejo nos sonhos. Para tanto, precisamos brevemente retomar aspectos históricos da psicanálise para contextualizar tal intenção.

Sigmund Freud, médico especializado em psiquiatria, verifica que existem sintomas que ultrapassam a fisiologia e provocam reações nos seres humanos a partir de experiências com histéricas junto ao Dr. Charcot. Os experimentos com as histéricas demonstravam que existe um campo no homem que possui conteúdos que promovem sintomas, mas que o indivíduo não possui acesso. A partir desse fato Freud passa a investigar a mente e seus efeitos, porém depois de um tempo ele percebe que usando a hipnose como método os sintomas desapareciam por um período, porém não removiam o que causava o sintoma. (FREUD, 1914-1916, cap. I)

Freud ao perceber que o método do Dr. Charcot não era eficaz, passa a usar o método catártico criado por Breuer que também utilizava a hipnose como ferramenta, mas a diferença era que ele induzia o paciente a reconstruir sua história, podendo então localizar o início do conflito traumático, que dera origem aos sintomas. (FREUD, 1914-1916, cap. I)

O método catártico criado por Joseph Breuer se tornou um preparatório para Freud desenvolver a teoria psicanalítica, aprofundando seus estudos nas associações livres e abandonando a hipnose, pois ela encobria o conceito considerado um dos principais alicerces da psicanálise – o conceito de defesa – que é o ponto chave da estruturação psicanalítica e uma particularidade essencial e significativa de análise. O método da associação livre utilizado por Freud consistia em guiar os pacientes a lembranças e acontecimentos traumáticos da infância, buscando chegar à origem do conflito criado

por estes traumas pretendendo fazer com que eles liberassem as tensões reprimidas, entretanto, sempre que entrava neste assunto era como se houvesse uma barreira que impedisse que estas lembranças viessem à consciência. Estas resistências incitavam Freud, fazendo-o chegar à conclusão de que a defesa apresentada pelos pacientes era uma conversão, essa defesa seria a carga de afetos ligadas às memórias que são convertidas em sintomas. (FREUD, 1914-1916, cap. I)

Em 1900 Freud publica “A interpretação dos sonhos” obra considerada uma das mais importantes do século, constituída por fragmentos de sua autoanálise. Ele inicia os estudos sobre os sonhos mediante às preocupações clínicas onde seus pacientes relatavam seus sonhos com frequência. Outro fato que instigava Freud era o conteúdo ilógico dos sonhos que se parecia em muitos aspectos com sintomas apresentados pelas histéricas, o levando a tomar a seguinte decisão, Segundo Mezan “O que Freud fez foi simplesmente tratar o sonho como um sintoma, e aplicar à sua elucidação os mesmos procedimentos de que se serviria para a terapia das psiconeuroses” (MEZAN, 2008, p.75).

Através da interpretação dos sonhos foi possível chegar de fato à sexualidade do início da infância verificando que os traumas dos histéricos são fixações de experiências vivenciadas na infância que foram transformadas em sintomas. Freud conclui que o grande divisor de águas da interpretação de sonhos era a distorção apresentada por eles, tornando-se correspondentes aos sintomas exibidos.

Charles Brenner define o sonho segundo a teoria psicanalítica do seguinte modo:

A experiência subjetiva que aparece na consciência durante o sono e que, após o despertar, chamamos de sonho, é apenas o resultado final de uma atividade mental inconsciente durante esse processo fisiológico que, por sua natureza ou intensidade, ameaça interferir com o próprio sono. Ao invés de acordar, a pessoa sonha. (BRENNER, 1973, p.101)

A partir dessa definição podemos apresentar os distintos tipos de conteúdo que o sonho possui: o latente e o manifesto. O conteúdo latente se transforma em manifesto e passa por um processo que é denominado como trabalho ou deformação do sonho, isso ocorre para que os conteúdos indesejados não causem um desprazer à consciência. Freud ao formular o conceito de deformação acaba por estabelecer de vez a relação entre o sonho e o sintoma, pois o último também é a deformação ou disfarce de um conteúdo psíquico.

Podemos nos dirigir agora para o segundo fim deste estudo, que consiste em esclarecer e definir qual a importância da relação entre os desejos inconscientes na formação dos sonhos. Segundo Freud os desejos inconscientes possuem o papel principal na constituição dos sonhos.

O desejo é a movimentação do psiquismo, ou seja, são representações, os traços mnêmicos vinculados à satisfação originária²⁸, produtora de uma identidade perceptiva que acontece por meio da regressão realizada no interior do aparato psíquico. Porém esta regressão é barrada pela defesa para que não se tornem conscientes, as representações dos desejos só acontecem de forma indireta. Segundo Garcia-Roza “o que caracteriza o desejo para Freud é esse impulso para reproduzir alucinatoriamente uma satisfação original, isto é, um retorno a algo que já não é mais, a um objeto perdido cuja presença é marcada pela falta”. (GARCIA-ROZA, 2009, P.145)

O sonho segundo Freud é a própria realização de um desejo, ele notou essa explícita relação por meio de sonhos de crianças, grande parte desses sonhos infantis foi proporcionada através de seus filhos. As elaborações oníricas infantis são simples e breves, ou seja, são menos complexas que a dos adultos e em grande maioria são evidentemente a realização de um desejo, isso ocorre porque as crianças não dispõem da censura que separa o sistema Ics e o Pcs.

28 Satisfação originária condiz a uma percepção característica como a nutrição, no qual sua imagem mnêmica ficará associada ao traço mnêmico de excitação gerado pela necessidade.

Nos sonhos são identificadas as representações recalçadas que precisam da transferência²⁹ dos objetos infantis para representações que estão no Pcs. Na formação dos sonhos são apresentadas junções de impressões que acontecem durante o dia e que frequentemente são insignificantes. Estas impressões ganham espaço nos pensamentos dos sonhos por se assemelharem, ou melhor, ocuparem o lugar dos pensamentos oníricos da infância, apresentando riscos menores de repressão da barreira possibilitando assim a necessária transferência.

Freud não acredita que nos adultos essas impressões tidas como desejos localizados no Pcs sejam capazes e fortes o suficiente para produzirem sozinhos um sonho, ele faz a seguinte colocação:

Em geral, porém, penso que um desejo não realizado que tenha ficado pendente do dia anterior não basta, no caso de um adulto, para produzir um sonho. Admito prontamente que uma moção de desejo originária do consciente possa contribuir para a instigação de um sonho, mas é provável que não faça mais do que isso. (FREUD, ESB, VII. V, p.582)

Freud coloca que os desejos concebidos durante o dia podem incitar um sonho, mas não possuem o poder de construí-lo. O sonho só pode ser concretizado se um desejo ou restos diurnos do Pcs conseguirem estimular um desejo inconsciente. Ao final as vivências recentes apresentadas pelo sujeito serão vinculadas aos conteúdos do sonho. A psicologia das neuroses fornece informações de que os representantes do Ics não possuem a eficácia necessária para se introduzirem no Pcs só obtendo êxito de manifestação através de um vínculo com um representante já existente no sistema Pcs.

Podemos afirmar que certos resíduos diurnos Pcs como preocupações, impressões, reflexões dolorosas entre outros conseguem se instalar nos sonhos aproveitando do seu conteúdo para se tornarem conscientes durante o sono. Esses resíduos aflitivos são forçados

29 Freud posteriormente atribui um conceito a este termo. A transferência é o recurso onde há um deslocamento de objetos infantis para objetos recentes.

a encontrar uma conexão com um desejo infantil que está no Ics, a conexão com esse desejo é que irá permitir que esses resíduos emanem na consciência. Quanto mais intenso esses resíduos, mais forte será o vínculo estabelecido entre os resíduos e os desejos.

Mas Freud se questiona quando os restos diurnos, localizados no Pcs, fornecem um conteúdo que é o oposto de uma realização de desejos aos sonhos, como o sonho reage a eles?

Ele afirma que o sonho lida de duas maneiras diferentes. A primeira é quando o trabalho do sonho tem sucesso ao mudar todos os conteúdos aflitivos por representações que não causam um desprazer e consegue também revogar os afetos que estão ligados a esses resíduos, o resultado será um sonho pleno de realizações de desejos.

O segundo modo é que mesmo com o trabalho do sonho esses restos diurnos aflitivos conseguem ingressar no conteúdo manifesto do sonho, resultando em um sonho de conteúdo desagradável gerando uma incerteza em relação a teoria, como um sonho que causa aflição pode ser uma realização de desejos?

Ao analisar esses sonhos Freud afirma que também são realizações de desejos. O que acontece é que os desejos recalçados de conteúdo desagradável aproveitam a chance que é oferecida pela insistência de pensamentos perturbadores da vida de vigília, esses desejos se apoiam nesses pensamentos possibilitando assim a entrada deles no sonho.

A partir daqui já conseguimos discernir quais são os diferentes conteúdos provenientes do Pcs no qual o desejo inconsciente se apoia para que na elaboração onírica os desejos sejam disfarçados e realizados.

MÉTODOS

O presente estudo está sendo desenvolvido por meio de revisão

bibliográfica de livros e trabalhos da teoria psicanalítica, com o foco na interpretação dos sonhos e no conceito de desejo. A principal base de estudo foi *A interpretação dos sonhos* de Freud, Mezan e Brenner foram autores que auxiliaram a pesquisa em relação ao sonho e a partir de Garcia-Roza conceituamos o desejo. Com o estudo da obra *A Interpretação dos sonhos* foi possível identificar a importante função do desejo, compreendendo seu papel na concretização e formação dos conteúdos oníricos.

RESULTADOS

A partir do presente estudo ainda não foi possível obter resultados, pois a pesquisa ainda está em andamento, porém, podemos inferir com base nos estudos que os desejos possuem importante função junto de auxiliares provenientes do consciente na constituição dos sonhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conseguimos compreender com o presente trabalho que não sonharíamos se não fosse pelos desejos localizados no sistema Ics, pois Freud afirma que a força propulsora de um sonho é indiscutivelmente o desejo originário do Ics. Os pensamentos da vida de vigília desempenham um papel secundário na formação dos sonhos, sendo necessário um desejo infantil para estabelecer um vínculo com essas percepções. A partir desse vínculo ou apoio é que pode ser feita a elaboração onírica e como resultado temos desejos disfarçados através desses conteúdos diurnos.

REFERÊNCIA

BRENNER, C. Os sonhos. In: ___ **Noções básicas de Psicanálise:** Introdução à Psicologia Psicanalítica. Trad. Ana Mazur Spira 5. ed. Rio de

Janeiro: Imago, 1973. Cap. 7. p. 101-113.

FREUD, S. (1900-1901). A Interpretação dos Sonhos (II) e Sobre os Sonhos. In: ___ **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud**. Trad. Sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006, V.

_____. (1914-1916). A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros Trabalhos. In: ___ **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud**. Trad. Sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006, I.

GARCIA-ROZA, L, A. **Freud e o inconsciente**. 24. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. 236 p.

MEZAN, Renato. OS DEMÔNIOS DA ALMA: Ora, Direis, Interpretar os Sonhos. In: ___ **Freud: a trama dos conceitos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva S.a, 2008. Cap. 2. p. 74-85. (Coleção Estudos).

BRUXAS, DEMÔNIOS E ASSOMBRAÇÕES: introdução à psicologia anomalística

Mauro Fernando Duarte³⁰

Relatos de chamadas vivências ou experiências anômalas acompanham toda a história da humanidade, nas mais diferentes culturas, com diversas nomenclaturas e explicações, formando um campo de estudo fundamental para a psicologia da sociedade e da cultura.

A comunicação que se segue apresenta um esboço do caminho seguido no mini-curso “Bruxas, Demônios e Assombrações”, ministrado no Congresso de Psicologia da UniFil, em 2014, bem como suas referências e conceitos principais. O encontro surpreendeu logo de início devido ao grande número de inscritos e consequente preenchimento das vagas já no primeiro momento de divulgação, demonstrando a atratividade e curiosidade que o tema da psicologia anomalística revela.

Tal atração revela, em primeiro exame, a proximidade que o público em geral tem como o fenômeno paranormal, seja por experiência própria, por casos e histórias de amigos e parentes, ou causado pela própria mídia, perspicaz em explorar tal interesse.

Assim, em uma exposição geral e introdutória, tomada de vários temas diferentes dentro do campo que antigamente se chamava parapsicologia, o curso mostrou facetas desconhecidas ao estudante de psicologia em relação aos fenômenos e métodos de se estudar acontecimentos ditos paranormais, bem como sanar dúvidas e estimular novos caminhos de pesquisa em psicologia social.

O mini-curso teve como principal objetivo divulgar estudos

30 Psicólogo e psicoterapeuta, Doutorando em Psicologia pela USP (SP), Mestre em Psicanálise Universidade Estadual de Maringá, especialista em Psicologia Clínica e Psicossomática pelo Instituto Filadélfia de Londrina (UniFil) e graduado pela Universidade Estadual de Londrina, é docente desde 2007 do curso de Graduação em Psicologia na UniFil, e na pós graduação desde 2011.

e pesquisas interdisciplinares no encontro da Psicologia Social e a Psicologia Anomalística, ou seja, a avaliação psicossocial de experiências humanas alegadamente anômalas. Pode-se considerar uma experiência alegadamente anômala o fenômeno de interação entre os indivíduos ou entre esses e o meio, caracterizado por sua aparente inexplicabilidade dentro dos quadros teóricos do mainstream científico. De outra forma, como define Cardeña (2000):

Experiências anômalas ou ‘paranormais’ são definidas, ainda, como experiências incomuns, irregulares, ou que, apesar de poderem ser vivenciadas por uma parcela substancial da população, são interpretadas como desviantes da experiência ordinária ou das explicações geralmente aceitas para a compreensão da realidade.

Dentre as experiências listadas como anômalas pelo autor, e das mais conhecidas pelo público, destacam-se as experiências psi ou extra-sensório-motoras, as experiências fora-do-corpo, as experiências de memórias de vidas passadas, as experiências de quase-morte, as experiências de curas anômalas, as experiências alucinatórias, as experiências místicas, as experiências de abduções por seres alienígenas, a sinestesia³¹ e os sonhos lúcidos. Apesar da grande quantidade de relatos registrados, o estudo das experiências anômalas ainda é, de certa forma, considerado marginal na Psicologia e em outras disciplinas. Tais experiências são objeto de estudo da chamada Psicologia Anomalística, cujas raízes históricas remontam aos princípios da Psicologia.

Desta forma, com a intersecção Psicologia social – Psicologia Anomalística, tem-se o objetivo de avaliação das experiências alegadamente anômalas, bem como suas repercussões individuais e grupais a partir do uso das ferramentas conceituais e metodológicas da Psicologia Social e da cultura, investigando variáveis psicossociais

31 A sinestesia é um tipo de experiência em que um determinado tipo de percepção sensorial é vivenciado involuntariamente como se fosse de outra modalidade perceptiva. Por exemplo: ao olhar para algo, o percipiente percebe esse algo em termos de paladar ou de audição. (Cardeña, 2000, Capítulo 4)

tais como crenças, valores, atitudes e atribuição de causalidade relacionados às experiências anômalas.

O interesse não se preocupa com as possíveis causas ontológicas das experiências, porém em sua repercussão psicossocial, na qual se articulam os aspectos apontados acima para a compreensão das fundamentais variantes na relação indivíduo-grupo. Aqui caberiam as investigações, por exemplo: como as experiências alegadamente anômalas se relacionam com as crenças paranormais?; Como compreender psicologicamente as crenças paranormais?; Como tais crenças se tornam compartilhadas?; Os valores e atitudes de um indivíduo poderiam ter alguma relação com tais experiências e crenças?

IMPORTÂNCIA DO ESTUDO DOS FENÔMENOS ANÔMALOS

As experiências ditas anômalas são encontradas na maioria das culturas e permeiam a vida de boa parte da população. A importância que as experiências tomam em determinados contextos culturais, notadamente o religioso, aponta aos diversos fatores de articulação cultural e social de tal contexto, notadamente, a visão de mundo, a organização explicativa da natureza que rege as interações, as noções de certo/bem e errado/mal, regras, leis, etc.

De outra forma, reconhecendo, juntamente com estudiosos das religiões, que as experiências alegadamente anômalas poderiam estar na origem de certas manifestações interpretadas como religiosas (ou sobrenaturais) em determinados contextos culturais, desde o ponto de vista da Psicologia Social é possível investigar a importância que as experiências alegadamente anômalas assumem na origem e manutenção de crenças religiosas para indivíduos e grupos.

Notadamente, a abordagem de tais fenômenos diz muito sobre a forma como o discurso de uma população ou cultura se organiza e articula. E da mesma forma, quando dedicamo-nos à análise de

como uma experiência alegadamente anômala é interpretada, ou se a mesma assume uma interpretação religiosa e qual a relação entre tais experiências e a institucionalização de crenças religiosas, apreende-se muito sobre a dinâmica e a fenomenologia social de um povo.

Para além do aspecto idiossincrático, os estudos dos fenômenos anômalos afetam as relações sociais e são afetados por elas. O conhecimento mais profundo dessas experiências permite, ainda, estabelecer a diferenciação entre o patológico e o anômalo.

Assim, o estudo acadêmico-científico dessas experiências tem especial importância pois permite: auxiliar a minorar o problema do preconceito e da ignorância acerca do assunto, que fazem com que muitos(as) psicólogos(as) e outros(as) profissionais de saúde não saibam lidar com essas questões quando elas lhes são apresentadas em sua prática profissional; oferecer subsídios a esses(as) profissionais de saúde de uma forma geral e aos psicólogos, em particular, a fim de que possam ajudar as pessoas a lidarem com suas vivências anômalas, ou seja, a administrar o(s) impacto(s) que elas causam. (MACHADO, 2005)

TAIS FENÔMENOS SÃO REAIS?

A psicologia social da religião ignora a importância de argumentos favoráveis e desfavoráveis à existência de uma anomalia real por trás das experiências anômalas. O que se pretende é uma crítica desses argumentos não em seu fundamento ontológico em si, mas de seu uso grupal, seu caráter psicossocial, sua fundamentação ou manipulação. São investigadas as agendas epistemológicas subjacentes a cada uma das posturas assumidas no embate público acerca dessas alegações e conseqüentes repercussões. Tratam-se, aqui, muito mais do que encontrar as “verdadeiras ou falsas evidências”, encontrar os contextos dos discursos e suas repercussões científicas e sociais. A que tipo de demandas esses discursos atendem? Quais são os interesses grupais (religiosos?; acadêmicos?...) que permeariam tal

disputa? Quem são os agentes (místicos?; cientistas? charlatães?...) desses argumentos e a que tipo de compromisso respondem? Como tais argumentos têm sido usados por psicólogos? Tais argumentações e pesquisas podem ser encontradas nas importantes investigações do grupo INTER PSI - Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais da USP.

Ponto crucial de esclarecimentos, Psicologia Anomalística nada tem a ver com algo “anormal”. Como citado (Cardeña, 2000), a Psicologia Anomalística estuda experiências, relatos, alegações anômalas/paranormais, ou seja, o evento que se apresenta como alheio ao conhecimento científico corrente sobre a natureza. “Anomalia”, por sua vez, não é “anormalidade”, mas significa algo que tem uma aparência de inexplicável, ainda que possa ser explicado de alguma maneira, em algum tempo ou de acordo com algum referencial que ainda desconhecamos.

Assim, estudar psicologicamente as alegações paranormais significa tentar verificar os processos psicológicos por trás dessas alegações, buscar pelo que a Psicologia já tem de conhecimentos para explicar tais relatos e experiências. Pergunta-se: por que as pessoas acreditam em fenômenos paranormais? Quais são as características das experiências interpretadas como paranormais? O que as experiências paranormais pode dizer sobre a natureza da mente humana? Como as experiências paranormais acabam por impactar a vida das pessoas e dos grupos? Quais os mecanismos psicológicos que envolvem tais experiências? Como a cultura influencia a construção das experiências paranormais? Quais as características de personalidade das pessoas que apresentam determinada experiência paranormal? Qual o papel da memória, das alterações de consciência, da fraude, da coincidência, de processos neurológicos, entre outros, nessas experiências?

Portanto, nessa última acepção, entende-se por anômalo aquilo que não se encaixa no paradigma científico vigente. Desta forma, nas definições apresentadas, o adjetivo anômalo não denota necessariamente patologia.

COMUNIDADE CIENTÍFICA

O interesse internacional comum sobre o assunto impulsionou a American Psychological Association a publicar em 2000 – com segunda impressão em 2001 – um compêndio de estudos dedicado à investigação de tais experiências, o *Varieties of Anomalous Experiences: Examining the Scientific Evidence*, organizado Etzel Cardeña. O livro traz capítulos escritos pelos organizadores e diversos colaboradores, estudiosos das anomalias em questão, mostrando que o estudo dessas experiências nem sempre foi negligenciado. Em seu capítulo introdutório, enfatizam que a Psicologia não pode se dizer abrangente se falhar em dar conta das variedades das experiências distintas daquelas consideradas normais. Para compreendermos completamente a totalidade da experiência humana, precisamos fornecer explicações razoáveis dos fenômenos que, embora incomuns, são uma parte importante da totalidade da experiência humana... (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2000)

OBJETO DE ESTUDO

Segundo Cardeña (2000), em seu *Varieties of Anomalous Experience*, há dois tipos de experiências consideradas anômalas e objeto de estudo da psicologia: as incomuns e aquelas que, embora sejam relatadas por um considerável número de pessoas, não se encaixam nas explicações oferecidas pelo paradigma científico vigente. De qualquer forma, tais objetos devem ser tratados como fenômenos naturais, enfim, pois “[...] a natureza não é tão rigorosa quanto aos seus limites como procuram ser as classificações feitas pelo homem. [...] a própria realidade... não é tão divisível como pensamos...ou como desejaríamos que fosse.” (RHINE, 1966 apud MACHADO, 2005)

Sabemos, há que se considerar que novos conhecimentos desafiam paradigmas e provocam reações contrárias fortemente fundamentadas no medo da mudança, fomentadas pelo desafio que o

novo representa, haja vista os apontamentos de Thomas Kuhn sobre as revoluções científicas. No caminho tortuoso e, por vezes, perigoso da história da ciência, o dito paranormal é um elemento desafiador que ainda carece de elucidação. Seus limites, sua realidade ontológica, seus contornos subjetivos desafiam certezas propostas pelo paradigma científico vigente. Isto causa um certo desconforto, pode suscitar preconceito, põe em xeque crenças pessoais e por isso, talvez, estejamos muitos passos atrás do que poderíamos estar com relação à decifração desse enigma, assim como a demonstração científica objetiva de tais processos é ainda uma questão em aberto e dependente de maiores esforços experimentais (Machado, 2005).

Concluindo, observou-se durante as exposições no decorrer do mini-curso a importância de nutrir com metodologia e conhecimento criterioso e apurado as demandas sobre assuntos como os fenômenos anômalos, comuns e menosprezados na psicologia convencional. O interesse dos alunos, e da comunidade em geral, pode-se dizer, é proporcional ao espanto de que, dentro do campo da metodologia de pesquisa em psicologia, há espaço para a investigação de tão interessante assunto.

REFERÊNCIAS

MACHADO, F. R. (2005). Parapsicologia no Brasil: Entre a Cruz e a mesa Branca. **Boletim Virtual de Pesquisa Psi**, Site www.pesquisapsi.com, v. 2, n. 2, p. 02.

CARDEÑA, E., LYNN, S. J. & KRIPPNER, S. (Eds.) (2000). **Varieties of Anomalous Experience**. Washington: American Psychological Association.

Link: http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2544%3Ainter-psi-laboratorio-de-psicologia-anomalistica-e-processos-psicossociais&catid=384%3Ainter-psi&Itemid=211&lang=pt

ESTUDO DE CASO DE UM PAR DE GÊMEOS ATRAVÉS DA EDAO

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis³²

Silvia Nogueira Cordeiro³³

Kawane Chudis Victrio³⁴

Patrícia Sayuri Simoni Nakano³⁵

RESUMO

O processo de individuação em gêmeos e suas consequências em relação à saúde mental ainda tem sido pouco estudadas. O presente trabalho constitui um recorte do projeto de pesquisa “Individualização e saúde mental em gêmeos: psicodiagnóstico e psicoprofilaxia” que está desenvolvido na Universidade Estadual de Londrina e tem como objetivo apresentar um estudo de caso de gêmeos masculinos adultos a partir da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada).

Palavras-chave: Individuação, gêmeos, EDAO.

INTRODUÇÃO

Encontramos na literatura estudos como de Zazzo (1986) que relatou muitas dificuldades enfrentadas pelos gêmeos em seu processo de individuação, ressaltando que ao mesmo tempo em que vivenciam situações de muita afetividade e reciprocidade, enfrentam também ciúmes e disputas entre si. Por outro lado, o autor questionou se um singular (nasce um bebê por parto) seria ou não capaz de compreender o universo dos gêmeos, finalizando com a idéia de que todos os indivíduos, gêmeos ou singulares, necessitam desenvolver as suas individualidades.

Os gêmeos enfrentam dificuldades extras pois necessitam

32 Professora Doutora do Depto. de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e-mail: bethtavares@uel.br

33 Professora Doutora do Depto. de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e-mail: sivianc2000@hotmail.com

34 Discente de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e-mail: kawanechudis@gmail.com

35 Discente de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e-mail: sayuri.psn@gmail.com

separar-se não apenas das figuras parentais,mas também do co-gêmeo para alcançar a sua individualidade.Ainda hoje encontramos poucos trabalhos abordando o processo de individuação em gêmeos equando encontrados versam sobre a maneira como pais e outros educadores percebem as crianças gêmeas e não sobre a percepção dos gêmeos adultos sobre si mesmos (VIEIRA e BRANCO, 2010).Outros trabalhos versam sobre o desenvolvimento dos gêmeos bebês em função das relações objetais iniciais (TAVARES, 2007). Não foi possível encontrar trabalhos relacionando o processo de individuação e a saúde mental dos gêmeos adultos, no que tange às suas possibilidades de melhor adaptação à vida de forma geral.

Em 1970, Ryad Simon (1989) criou a chamada Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), visando facilitar a triagem para a implantação de um programa de prevenção dos distúrbios mentais na Escola Paulista de Medicina. O autor considerou que as classificações diagnósticas existentes, seriam de pouca utilidade para as finalidades preventivas que pretendia alcançar, pois baseavam-se em sintomas psicopatológicos, enquanto a população em questão era constituída por jovens universitários que, em sua maioria, eram pouco passíveis de se enquadrar em qualquer uma das classificações diagnósticas tradicionais, pois se encontravam saudáveis física e psicologicamente.

A EDAO consiste numa forma de avaliação menos sofisticada, fundamentada numa análise subjetiva dos aspectos relativos a quatro setores AR (afetivo relacional), Pr (produtividade), SC (sócio-cultural) e Or (orgânico). Os dados necessários à análise podem ser obtidos através das entrevistas clínicas realizadas com as pessoas que buscam o serviço de atendimento psicoterápico e/ou através de entrevistas semi-estruturadas visando o psicodiagnóstico com finalidade preventiva.

Considerando a prática preventiva, Ryad (1989) propõe que a escala possibilitaria poupar tempo dos profissionais, ao apressar o diagnóstico, deixando poucos casos sem classificação definida desde o início; facilitando o processo e o consenso entre os examinadores,

por ser operacionalizada, além de instrumentalizar o encaminhamento para os devidos tratamentos psicológicos.

A operacionalização da escala ocorre a partir da análise de possíveis respostas dos entrevistados, classificadas segundo os critérios: a) solução do problema; b) se a solução é gratificante ou não; c) se a solução gera ou não conflitos intrapsíquicos ou ambientais. A escala avalia o nível de adaptação nos quatro setores assim considerados: AR - compreendendo as respostas emocionais tanto nas relações interpessoais e com a relação consigo mesmo, Pr - relativa ao trabalho e/ou estudos, SC - atitudes e ações do entrevistado diante das instituições, valores e costumes da cultura em que vive, Or - estado físico, sentimentos, atitudes e cuidados relativos ao próprio corpo.

Por meio da EDAO é possível obter uma classificação quanto à eficácia de adaptação em cinco grupos: 1) Adaptação eficaz - personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos; 2) Adaptação ineficaz leve - sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos e algumas inibições; 3) Adaptação ineficaz moderada - alguns sintomas neuróticos, inibição moderada e alguns traços caracterológicos; 4) Adaptação ineficaz severa - sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos; 5) Adaptação ineficaz grave - neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não agudos e extrema rigidez caracterológica (SIMON, 1989).

A EDAO foi redefinida em 1998, assim os setores afetivo-relacional e produtividade, considerados clinicamente mais relevantes, foram mantidos com análises qualitativas e quantitativas, enquanto os setores sócio-cultural e orgânico, somente qualitativas (YOUNES et al., 2010).

A EDAO constitui uma das estratégias utilizadas no projeto de pesquisa “Individualização e saúde mental em gêmeos: psicodiagnóstico e psicoprofilaxia” que está sendo desenvolvido na Universidade Estadual de Londrina, sendo que os gêmeos participantes não fazem

parte de qualquer serviço de saúde mental, nem apresentam antecedentes pessoais ou familiares de problemas de saúde mental previamente relatados. O projeto se caracteriza como investigativo e preventivo, pretende analisar a saúde mental em termos de adaptação à vida nos quatro setores propostos pela escala e estabelecer uma relação com o processo de individualização vivenciado pelos co-gêmeos de cada par.

O estudo de caso descrito a seguir tem como objetivo apresentar uma ilustração de como a pesquisa está sendo viabilizada.

MÉTODO

Participaram da coleta de dados um par de gêmeos masculinos, com idade aproximada de 30 anos. Foi realizada uma entrevista individual semi-estruturada, realizada separadamente com os respectivos co-gêmeos, gravadas com consentimento dos mesmos e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo realizada posteriormente a transcrição dos dados obtidos para realização da análise. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Londrina. O conteúdo das perguntas versava sobre a história de vida de cada um, abordando além das características do processo de individualização, os setores afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural e orgânico. Os dados coletados foram analisados considerando a forma como desenvolveram as suas individualidades nas diferentes fases da vida, bem como por meio da EDAO auxiliando no diagnóstico da saúde mental dos co-gêmeos considerando os graus de adaptação eficaz ou ineficaz.

RESULTADOS

Os gêmeos A1 e A2 demonstraram viver de uma forma muito unida, sendo possível perceber que o processo de individualização

ocorreu de forma incompleta, considerando a intensidade como ainda hoje compartilham residência, local de trabalho e atividades de lazer, bem como o grau de sofrimento enfrentado por ambos em momentos em que tentaram se manter distantes física ou emocionalmente.

As respostas de A1 sobre as questões relacionadas a emoções demonstraram certa insegurança, na medida em que o mesmo reconhece não saber lidar com seus sentimentos. Percebe-se insegurança também nos relacionamentos em geral, exibindo pouca confiança em relação a si e aos semelhantes. Foram frequentes as comparações entre o momento atual e o passado, denotando o desejo de se autoafirmar em uma tentativa de demonstrar estabilidade em alguns aspectos de sua vida emocional. Entretanto sua fragilidade emocional foi evidente.

Na análise baseada nos critérios da Escala Adaptativa quanto ao setor afetivo-relacional (AR) o gêmeo A1 obteve, em sua maioria, pontuações classificadas como pouco adequadas, enquanto no setor de produtividade (Pr), de maneira geral, apresentou sugere adaptação adequada. A avaliação quantitativa dos dois setores sugeriu que o gêmeo A1 apresenta *Adaptação Ineficaz Moderada*. As respostas baseadas na relação com o seu co-gêmeo apareceram diversas vezes, de maneira comparativa, dando a ideia de que possuem uma forte união e que isso é algo considerado positivo por eles.

Ao analisar qualitativamente as respostas de A2 percebeu-se que nas questões relacionadas aos aspectos emocionais - capacidade de empatia, reação a frustração, grau de ansiedade, segurança em relacionamentos, reação a falhas, reação a ofensas, confiança nas pessoas em geral e vida sexual - o entrevistado responde abordando dois momentos de sua vida, vinculados à vivência do relacionamento amoroso que mantém atualmente. Primeiro, relata de maneira negativa como se sentia e se relacionava com as pessoas antes de estar neste relacionamento e, depois, relata como está tentando se sentindo e tentando se comportar de maneira por ele considerada mais adequada, atualmente.

Ao longo das perguntas, o entrevistado expôs grandes expectativas e relatou extrema confiança acerca deste relacionamento, demonstrando uma dependência muito grande em relação a este objeto amoroso como para conseguir realizar mudanças em si mesmo e no convívio com outras pessoas, frente a diversas situações. Parece necessitar de aprovação, aceitação ou até reconhecimento do outro para lidar com diversos contextos de sua vida.

Nas questões que abordam o dar e receber afeto, repartir bens materiais, confiança em relacionamentos, autoritarismo e tolerância, próprios erros, ser controlado ou exercer controle, interesse na coletividade e identificação com o país, o entrevistado citou seu irmão para fins de comparação. Em relação às atividades de lazer, A2 relata sempre estar junto com seu co-gêmeo, confirmando a relação muito próxima entre ambos. O diagnóstico quanti e qualitativo, via EDAO, obtido por A2 foi também de *Adaptação Ineficaz Moderada*.

A maneira como ambos os co-gêmeos se referiram aos seus relacionamentos afetivos, na atualidade, sugerem que buscam de certa forma substituir o co-gêmeo pelas pessoas pelas quais cada um julga estar apaixonado. Cada co-gêmeo dá a impressão de se relacionar mais com a pessoa amada idealizada do que com a real. Ao mesmo tempo em que o objeto de amor é hipervalorizado e considerado a salvação para os problemas emocionais antes vivenciados, decorrentes dos temores quanto a se sentirem sozinhos no mundo caso se distanciassem do co-gêmeo, demonstram temor dos relacionamentos amorosos serem rompidos e não saberem como se sentiriam posteriormente.

Pode-se notar também que ante algumas perguntas, cada entrevistado falava como se estivesse adaptado de maneira eficaz em relação a aquele aspecto da vida, contudo, apresentando uma reação antagônica em outras perguntas semelhantes e/ou apresentado uma entonação na voz que denunciava haver sentimentos diferentes daqueles sugeridos pelas palavras pronunciadas. Assim levantou-se a hipótese de haver em ambos co-gêmeos uma estabilidade emocional e saúde mental fugaz, possivelmente mascaradas por mecanismos de

defesa visando mostrar aos entrevistadores aspectos das suas maneiras de ser que consideravam como os melhores e/ou mais saudáveis.

A análise do caso sugere que o processo de individuação pode ter ocorrido de forma pouco satisfatória e deve ter contribuído para que ambos co-gêmeos apresentassem o diagnóstico de Adaptação Ineficaz Moderada. Além disso, ficou a impressão de que ambos poderiam enfrentar crises emocionais sérias caso houvesse o rompimento, de forma abrupta, da relação simbiótica que ainda parecem vivenciar entre si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de individualização em gêmeos continuam sendo um mistério para a Psicologia e a Psicanálise. Entretanto o estudo das histórias de vida de gêmeos adultos e a maneira como se adaptam à vida, nos setores propostos pela EDAO, poderá de certa forma ajudar a compreender como os processos de individuação em gêmeos se processam e sua relação com o desenvolvimento da saúde mental de cada co-gêmeo.

Espera-se então que o projeto venha a contribuir profilaticamente fornecendo informações teórico-práticas aos psicólogos, para subsidiar a compreensão e orientação de como os gêmeos deveriam ser recebidos e tratados no seio de suas famílias.

REFERÊNCIAS

SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva: Novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989. 141 p.

TAVARES, M. E. B. de P. **Situações triangulares em gêmeos durante o primeiro ano de vida: conjecturas sobre o Complexo de Édipo**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo..

YOUNES, J. A.; LESSA, F.; YAMAMOTO, K.; CONIARIC, J.; DITZZ,

M. **Psicoterapia Breve Operacionalizada e crise por expectativa de perda**: um estudo de caso. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 303-311, 2010.

ZAZZO, R. **Les Jumeaux**: le couple et la personne. Paris: PressesUniversitaires de France, 1986.

TATUAGEM NA ADOLESCÊNCIA: uma análise psicanalítica

*Bruna Franciele de Medeiros*³⁶

*Karine Marques Costa*³⁷

*Karolin Milene Marcos*³⁸

*Susana Cristina Xavier*³⁹

*Talita Ferreira Alves*⁴⁰

*Fabricio Ramos de Oliveira*⁴¹

RESUMO:

Esse trabalho consiste em realizar um estudo sobre a tatuagem e sua significação, levando em conta os lutos na adolescência, os quais marcam a vida do jovem profundamente. A adolescência, segundo a psicanálise, é entendida por uma fase repleta de conflitos e perdas que correspondem à perda do corpo infantil, dos pais da infância e toda mudança no contexto que o adolescente está inserido que – direta ou indiretamente – o pressiona a crescer. Em outras palavras, a cultura irá exigir desse jovem que ele defina sua identidade e assuma um papel social. Desta maneira, o jovem se rebela, pois há um conflito entre sua busca e as exigências de seu ambiente e dos outros. Com isso, ele precisa lançar meios para se expressar e sentir-se pertencente ao mundo em que vive. Diante de tantas exigências, pretendemos verificar no discurso de jovens com tatuagens do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP, o quanto tal inscrição no corpo simboliza essas transformações. **Palavras-chave:** adolescência, psicanálise, tatuagem.

REFERENCIAL TEÓRICO E OBJETIVOS

Na atualidade o estudo da adolescência e suas características

36 Aluna do 3º semestre de psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP (bruna-ferinha@hotmail.com)

37 Aluna do 3º semestre de psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP (karine_marques_costa@hotmail.com)

38 Aluna do 3º semestre de psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP (karolin_milene@hotmail.com)

39 Aluna do 3º semestre de psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP (susana2008cp@hotmail.com)

40 Aluna do 3º semestre de psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP (thtaalves@hotmail.com)

41 Psicólogo e Filósofo. Professor de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP, mestrando em Psicologia na Universidade Estadual de Maringá (fabricio.oliveira@fap.com.br)

mostram-se importantes devido ao fato dos adultos – os quais já passaram por esse momento – terem dificuldades para lidar com esses jovens. Assim, a adolescência muitas vezes é entendida apenas em seu sentido biológico. Porém, sua constituição ultrapassa essa visão e mostra-se importante considerar a questão psicológica em seu desenvolvimento.

Compreende-se que a constituição da adolescência é influenciada pela cultura e pelo social, como afirma Knobel e Aberastury,

Não há dúvidas que o elemento sócio-cultural influi com um determinismo específico nas manifestações da adolescência, mas também temos que considerar que atrás dessa expressão sócio-cultural existe um embasamento psico-biológico que lhe dá características universais. (KNOBEL e ABERASTURY, 1981, p.25).

Diante disso, esse estudo entende a adolescência a partir do arcabouço teórico da psicanálise, em específico, pelas perspectivas de Knobel e Aberastury, que irão aprofundar a análise da adolescência, levando em conta uma série de sintomatologias que qualificam a transição da adolescência para a vida adulta. Por isso, pode-se entendê-la enquanto fase, pois é uma série de acontecimentos que marcam o sujeito nesse determinado momento de sua vida.

A partir das características definidas da adolescência por Aberastury e Knobel na *Síndrome Normal da Adolescência* como: a busca de si mesmo e da identidade, a tendência grupal, as crises religiosas, a deslocalização temporal, a evolução sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade, a atitude social reivindicatória, as contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, a separação progressiva dos pais e as constantes flutuações do humor e do estado de ânimo, pode-se compreender os modos como os jovens configuram, expressam e simbolizam suas vivências.

Nesse contexto, entende-se que a adolescência é um processo

de descobertas e mudanças em que várias exigências são requisitadas por diversos campos como: sociais, pessoais, familiares, educacionais, etc. Constata-se com isso a cobrança de papéis, funções e ações dos jovens, os quais se veem impelidos a amadurecerem para se sentirem pertencentes aos ambientes que frequentam. Em outras palavras, a diversidade de modificações e exigências torna esse momento da vida desse indivíduo doloroso, exaustivo e confuso, frente às suas reivindicações pessoais e às requisitadas pelo meio em que vive. Assim, é possível afirmar que os adolescentes “Estão se adaptando a um novo modo de estar no mundo, não só um novo corpo, em virtude das transformações biológicas, mas um novo modo de estabelecer relações”. (OLIVEIRA e FULGENCIO, 2010, p.70).

Para o jovem toda mudança/transformação que ocorre no meio em que ele está inserido reflete profundamente em seu psiquismo, pois ele está em constante transformação. Para tanto, o adolescente precisa identificar-se com algo e/ou alguém para sentir-se pertencente, aceito e seguro de si e no ambiente em que está inserido. “Na sua busca da identidade adolescente, o indivíduo, nessa etapa da vida, recorre com comportamento defensivo à busca de *uniformidade*, que pode proporcionar segurança e estima pessoal.” (KNOBEL e ABERASTURY, 1981, p.36). Essa mudança na vida do adolescente lhe causa desconforto, fato que o impulsiona a se identificar com outros jovens de modo uniforme, na tentativa de se enquadrar identitariamente a um grupo.

Com todas essas características pode-se notar que essa fase é composta por diversos lutos que precisam ser elaborados de algum modo, ou seja, tudo o que o jovem vivencia precisa ser superado e demarcado. Quer dizer que ocorre diversas transformações, conflitos, crises⁴², que geram no indivíduo sofrimento e o impele a encontrar meios para lidar com todas essas vicissitudes de sua vida e ultrapassar esse momento. Verifica-se então que o jovem precisa simbolizar de

42 Apesar desse estudo tratar sobre as transformações na fase da adolescência e entender que há crises as quais marcam esse momento, esse estudo não pretende abordar as crises a partir da teoria de Erik Erikson, na qual as crises são fundamentos para compreensão da constituição subjetiva do indivíduo.

algum modo, essa fase, que pode ser entendida como um momento de passagem que necessita ser gravado, marcado, significado, devido todo sofrimento e investimento vivenciados pela juventude. Assim, parece que o ato de tatuar, pode ser uma boa forma de esse sujeito inscrever todos seus sentimentos e gravar em seu corpo esse árduo momento.

A definição do desenho não é algo trivial. Não é um problema que se reduza à escolha de uma determinada imagem, mas é de fato a busca de “algo” com o qual a pessoa se identifique e, nessa medida, adquira o valor de ser inscrito e eternizado em seu corpo. (PÉREZ, 2006, p.185)

A tatuagem pode ser entendida a partir de uma vivência marcante com um significativo valor psíquico muitas vezes desconhecido pelo sujeito, ou seja, ao marcar o seu corpo com determinado desenho, ele está – pelo que nos parece – elaborando um luto, seja este pela perda de um ente, pela perda da infância, como se o jovem tentasse preencher um vazio eminente que essa fase provoca, pois ele precisa deixar de ser criança e tornar-se adulto, o que parece se concretizar com a aproximação da maioridade, isto é, dos 18 anos.

Nessa linha de raciocínio parece que o jovem precisa simbolizar suas vivências e marcar um momento muito importante e ao mesmo tempo sofrido de sua existência. Na verdade, a partir do discurso cotidiano dos jovens em geral: “quando eu fizer 18 anos vou me tatuar”, podemos inferir que um modo muito significativo de expressar e eternizar esse momento de passagem para a maioridade pode ser pela tatuagem. Quer dizer, marcam-se então as perdas por velar sua infância, aceitar seu corpo e assumir sua identidade, bem como, sua maioridade.

Evidencia-se que o sofrimento desse indivíduo é tão profundo que transcende o psicológico e inscreve-se no físico. Tal fato nos permite refletir que o corpo torna-se meio de expressão para os desejos

e impulsos que são extremos nessa fase da vida e que perduram por toda a existência. Além disso, o discurso do jovem, de que ao chegar a maioridade irá se tatuar, parece também revelar a tomada de responsabilidade que pode ser transfigurada na tatuagem. Quer dizer que o ato de tatuar pode simbolizar liberdade e ao mesmo tempo “prisão”, pois é uma atividade que parece marcar a autonomia frente ao corpo do jovem e suas decisões, como também, é um modo de não apagar determinado momento de sua vida. Em outras palavras, inscrever no corpo algo pode ser entendido como um modo do adolescente se apropriar do próprio corpo, mas também, uma forma de não esquecer-se e nem perder tudo o que aquele momento proporcionou.

Em relação a isso, pretendemos analisar a tatuagem como um dos modos do adolescente simbolizar seus sentimentos, visto que, sua vida compõe-se de enormes transformações que muitas vezes não encontram vazão de modo sadio, como por meio de atividades artísticas, esporte, educação e com isso necessita inscrever-se de algum modo e também identificar se o ato de tatuar pode ao mesmo tempo em que simboliza liberdade, expressar sua necessidade de lembrar-se de todo esse momento da vida ou de algo que ocorreu nesse contexto, visto que a tatuagem não é algo efêmero e que pode ser apagada, desfeita a qualquer momento, é algo que a pessoa pode carregar para o resto da vida.

Percebemos então que a tatuagem pode ter também uma relação com a autoimagem do sujeito, ou seja, como ele se vê, pelo fato dela poder marcar uma falta existente no sujeito, isto é, somos desejantes devido a castração, essa falta nunca será preenchida, então marcar o corpo se tatuando pode ser um modo de tentar preencher esse vazio. Que desejo? Nunca estaremos satisfeitos com o que fazemos, isso por causa de um “buraco” que há em nós, o qual demarca a falta, o que faz com que constantemente busquemos coisas novas, isto é, tentamos preenche-lo.⁴³

43 O desejo é algo inatingível, ele desliza entre objetos, é Ics, ele sinaliza a falta estrutural que é causada na castração, quando a figura paterna rompe o falo com a mãe, que é todo o investimento dela com a criança, assim é necessária essa separação para que a criança não seja assujeitada ao desejo da mãe,

Desta forma a construção da personalidade de um jovem é formada por meio das identificações, ele precisa produzir marcas que diga o que ele é. Aqui podemos pensar na questão da tatuagem como modo do jovem identificar quem é, em outras palavras, como forma de possuir uma referência que eternize tudo o que passou e que principalmente o informe que conseguiu ultrapassar esse momento. Com isso, a tatuagem, o momento em que a fez, a dor que sentiu para gravá-la e o significado dela parecem marcar a própria constituição desse sujeito, sua autoimagem.

Para tanto, esta pesquisa irá analisar os sentidos que jovens universitários do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP atribuem às suas tatuagens pela análise de seus discursos.

Nossos objetivos com esse estudo, primeiramente é definir a adolescência e suas características para a psicanálise pautado nas teorias de Knobel, Aberastury como modo de compreender as características que demarcam os modos de ser desses jovens e seus modos de se relacionarem e se expressarem.

Em segundo plano pretendemos analisar a necessidade de utilização do corpo como registro de vivências e como simbolização delas por meio das tatuagens, quer dizer, estudar os significados da tatuagem para os jovens.

Finalmente, vamos investigar se a tatuagem pode ser entendida como meio para o jovem significar – consciente ou inconsciente – as perdas e cobranças que enfrentam pessoal e socialmente.

MÉTODOLOGIA

Uma pesquisa de caráter exploratório, por meio de revisão bibliográfica, entrevista semi-estruturada e análise de conteúdos das informações obtidas com os jovens estudantes do curso de Psicologia

a falta sempre estará presente no sujeito que estruturalmente constitui o buraco. (GARCIA ROZA, 2009, FREUD E O INCONSCIENTE).

da Faculdade de Apucarana – FAP que possuem tatuagens.

Nossos instrumentos de pesquisa serão questionário, entrevista semi-estruturada dos participantes. Os dados serão trabalhados de forma que, possamos através do discurso dos participantes, avaliar o que se passava em seu psiquismo no momento que realizou a tatuagem e analisar o quanto isso refere-se a sua busca identitária e marca sua adolescência.

Entretanto para continuidade a pesquisa aguardamos aprovação do comitê de ética para aplicação dos instrumentos.

RESULTADOS

A pesquisa ainda está em andamento, mas é notável, a partir da revisão bibliográfica, que há um grande sofrimento na adolescência o qual necessita ser simbolizado e expressado, entretanto, devido as exigências internas e externas e às vicissitudes incontroláveis da vida, precisamos demarcar quem somos e o que somos como modo de enfrentar as dificuldades e também como forma de autoafirmação. Com isso, podemos inferir que o ato de se tatuar revela um dos meios que os adolescentes – entendidos nesse estudo especificamente jovens acima de 18 anos – encontram para afirmar sua identidade, mas também para dar conta e gravar suas experiências e a importância de suas vivências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos podemos concluir que a tatuagem parece ser um meio que os jovens encontram para afirmarem quem são, como também, para simbolizarem suas perdas. Diante disso, aguardamos autorização do comitê de ética da instituição para dar continuidade ao estudo e poder aplicar questionários e entrevista semi-estruturada aos universitários do curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana

– FAP que possuem tatuagens para podermos identificar tais ideias e analisar os sentidos que eles dão ao ato de se tatuar que possa confirmar nossas hipóteses.

BIBLIOGRAFIA

KNOBEL, M. ABERASTURY, A. Síndrome da adolescência normal, Trad. de Suzana Maria GaragorayBallve. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

PEREZ, Andrea Lissett. A identidade à flor da pele: etnografia da prática da tatuagem na contemporaneidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Apr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132006000100007&lng=en&nrm=iso>. accesson 26 Mar. 2014.

OLIVEIRA, M. D. FULGENCIO, P. L, Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 64-80, abr. 2010.

GARCIA ROZA, 2009, FREUD E O INCONSCIENTE

O SONHO COMO EXPRESSÃO DO INCONSCIENTE

Dra. Denise Hernandes Tinoco⁴⁴

RESUMO:

Palestra sobre sonhos apresentada em mesa redonda, com o objetivo de promover conhecimento aos participantes sobre a análise de sonhos e sua importância na Psicanálise e na Psicologia Analítica, contribuindo no auto-conhecimento do paciente, integrando consciente e inconsciente, promovendo melhor qualidade de vida na sua atuação frente ao mundo.

O meu objetivo nesta mesa redonda é apresentar as propostas de Freud e Jung sobre interpretação de sonhos aos ouvintes e participantes da mesa, como método de acesso ao inconsciente.

Para Freud, a análise de sonhos era o caminho por excelência para se desvendar o inconsciente.

A Psicanálise após Freud apresentou novas formas de manejo da transferência, da resistência, mas o método construído por Freud de análise de conteúdos manifestos para atingir-se conteúdos latentes, que foi usado pela primeira vez na análise de sonhos, continua atual até hoje e analisar sonhos continua sendo um grande caminho para desvendarmos o inconsciente do paciente.

Para Freud, os sonhos apresentam deslocamentos e condensações e muitas vezes mostram o avesso do que aparentam. São analisados após serem feitas as associações livres a respeito dos conteúdos e imagens do sonho. Apresentam resíduos diurnos, remetem ao inconsciente pessoal de quem sonha, promovendo contato entre consciente e inconsciente todos os dias, por mais que a pessoa esteja alienada de si mesma. Segundo Freud, o sonho é guardião do sono.

Jung, inicialmente seguidor de Freud e depois dissidente, utiliza o método formulado por Freud indo além do inconsciente

44 Doutora em Psicologia Clínica PUC/SP. Coordenadora do Curso de Psicologia da Unifil.

peçoal, ampliando sua análise chegando ao inconsciente coletivo.

Explica que temos grandes e pequenos sonhos, que estes mostram como estamos nos desenvolvendo e como está ocorrendo nosso processo de individuação, integrando opostos e nos preparando para a morte, que segundo Jung, é uma grande transformação.

Mostra também que os sonhos vão além da busca de realização de desejos, nos preparando para enfrentarmos situações penosas, contribuindo para a elaboração de conteúdos traumáticos. São importantes no diagnóstico sendo um dado a mais para desvendarmos quadros nosológicos mentais ou orgânicos, apontando também para o prognóstico e podendo ser usado em diagnóstico diferencial.

Embora existam símbolos e motivos comuns a toda e espécie e que aparecem constantemente em sonhos de diversas pessoas, como serpentes, casas, incesto, casamento e outros, sempre devemos analisar o sonho, de acordo com as associações feitas pelo sonhador, sempre ampliando a análise, indo além do pessoal, atingindo o cultural, o biológico, chegando ao inconsciente coletivo. Assim podemos entender a relação que está se estabelecendo entre complexos e arquétipos produzindo no sonhador um profundo conhecimento de si mesmo, de suas potencialidades, de como está caminhando em seu processo de individuação, favorecendo a criatividade no vir a ser, melhorando sua qualidade de vida.

O inconsciente não é limitado no tempo e espaço e funciona em processo primário. Sendo assim, podemos apresentar também sonhos prospectivos e telepáticos. Nos sonhos prospectivos rompemos com a noção de tempo e antecipamos fatos. Nos sonhos telepáticos rompemos com a noção de espaço e sonhamos com algum acontecimento que está ocorrendo naquele momento em um outro local, com alguém com quem temos alguma sintonia. Também podemos sonhar acordados. Os devaneios também nos remetem ao inconsciente e devem ser trabalhados como conteúdo manifesto que nos remete ao que está latente em nós. Apresentamos também sonhos compensatórios e

recorrentes. Os sonhos compensatórios buscam trazer equilíbrio a quem está muito desequilibrado, por exemplo: Alguém que vive uma Persona de superioridade, pode sonhar que está maltrapilho, mendigando. Nosso inconsciente trabalha no sentido de nos levar a uma experiência corretiva. A experimentar aspectos da nossa sombra que evitamos ou negamos. Os sonhos recorrentes trabalham integrando conteúdos nossos através da vivência constante destes conteúdos nos sonhos, para fecharmos ciclos, para nos diminuirmos a sensibilidade com relação a conteúdos traumáticos que vivemos e precisamos elaborar.

É importante analisarmos os conteúdos do sonho junto com o paciente. A análise deve ir além dos complexos e conteúdos do inconsciente pessoal como já foi explicado acima. Devemos ampliar a análise investigando os grandes arquétipos presentes no sonho: a Sombra, Persona, Ânima/Ânimus, Self.

A sombra é simbolizada sempre pelo personagem do sonho do mesmo sexo que o sonhador. Pode ser negativa ou positiva. Como a Sombra é o arquétipo que possibilita a formação do inconsciente pessoal, conteúdos reprimidos estarão constelados e representados por uma pessoa que pode ser desconhecida do sonhador e que traz aspectos que o sonhador não gosta, mas também pode trazer suas idealizações. Pode estar sendo representada por alguém conhecido pelo sonhador, que é depositário dos conteúdos reprimidos deste.

A Persona, arquétipo que representa o potencial para o desenvolvimento de papéis, está em referência à máscara social, aquilo que a pessoa mostra socialmente, geralmente é simbolizada no sonho por roupas, objetos pessoais do sonhador, ou objetos que são usados no cotidiano. É preciso entender as representações da Persona naquele momento da vida do sonhador.

A Ânima é simbolizada por mulheres que aparecem nos sonhos dos homens. Simboliza o lado feminino do homem, sua sensibilidade, criatividade. Constituído por gens femininos que todo homem tem e

pelas experiências da espécie reeditadas com mulheres em sua vida, desde a mãe, avó e outras mulheres significativas na vida do sonhador. Esta representação do feminino formada em sua psique é projetada na busca da namorada, amiga, ou pode provocar medo e a esquiva do contato com mulheres. Por isto a Ânima pode ser negativa ou positiva.

O Ânimus é simbolizado por homens que aparecem nos sonhos das mulheres. Representa o lado masculino das mulheres, seu logos, seu senso de organização. Constituído por gens masculinos que toda mulher tem e pelas experiências da espécie reeditadas com homens em sua vida, desde o pai, avô e outros homens significativos na vida da sonhadora. Esta representação do masculino formada em sua psique é projetada na busca do namorado, amigo, ou pode provocar medo e a esquiva do contato com homens. Sendo assim o Ânimus pode ser negativo ou positivo.

O Self representa a energia psíquica, nos leva a todo um processo de desenvolvimento e individuação que tem estágios similares, mas cada pessoa vive com sua experiência individual, com sua subjetividade, construindo sua história pessoal. Na teoria do Jung, Self também simboliza o si mesmo. No processo de individuação, com a interação dos opostos e sua integração, o Ego deixa de ser o centro da personalidade e este passa a ser o Self. Quando isto ocorre, a pessoa transcende seus próprios desejos e individualidade, ampliando e flexibilizando sua relação com as pessoas, com o social, tendo um profundo conhecimento de si mesmo, podendo se tornar sábio, isto é, viver mais plenamente, com mais simplicidade e com mais sabor. O Self pode ser representado nos sonhos por bebês, por Deus, por um velho sábio, por pedras preciosas, jóias.

Sempre devemos analisar o sonho de acordo com as experiências do sonhador, suas circunstâncias, seu momento de vida, sua história. Os símbolos, embora tenham características universais, devem ser analisados e entendidos de acordo com a representação que tem para o sonhador.

. Para interpretarmos os sonhos, segundo Jung precisamos estar atentos ao motivo do sonho, seu enredo (o drama) e como este finaliza. Devemos perguntar: Qual a finalidade deste sonho? Remete ao quê? Integra o quê? É um pequeno ou grande sonho? É filosófico? Remete a aspectos do cotidiano, desenvolvimento ou individuação?

Na análise devemos investigar as funções psíquicas do sonhador em relação ao sonho: O que pensa do sonho, que sentimentos o sonho provocou, que sensações teve, o que intui a partir do sonho.

Todo este caminho leva à integração de opostos, ao processo de Individuação que é a grande finalidade da vida. Transformar cobre em ouro, fazer alquimia, este é o grande objetivo da vida, transcender. Segundo Jung, só Buda e Cristo conseguiram finalizar este processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRANZ, M.L.V. **O caminho dos sonhos**. São Paulo, Cultrix, 2001.

HALL, J. A. **Jung e a interpretação de sonhos**. São Paulo, Cultrix, 1993.

JUNG, C. G. **O Homem e seus Símbolos**. São Paulo, Editora Nova Fronteira, 1964.

OS LIMITES DA TÉCNICA – A UTILIZAÇÃO DO JOGO TÚNEL DO TEMPO SEM RESULTADOS CLÍNICOS COM ADOLESCENTES.

Maria Salete Arenales Loli⁴⁵

Jorge Luis Ferreira Abrão - Orientador⁴⁶

Leila Salomão Cury Tardivo – Co-orientadora⁴⁷

RESUMO

O jogo Túnel do Tempo propõe em um rolar de dados frases incompletas sobre o tempo passado, presente, futuro e situações para se vivenciar com o objetivo de facilitar e mediar o psicodiagnóstico e a comunicação de adolescentes e pré-adolescentes em processo psicoterápico. Os resultados com esta técnica estão se mostrando efetivos no contexto clínico, porém, alguns pacientes ainda assim se opõem a expressão de sentimentos e emoções. Uma vez que a técnica lúdica infantil não se encaixaria e o relato verbal fluente não conduziam a processos frutíferos, prosseguiu-se com o recurso do jogo e constatou-se, nestes casos, a necessidade de materializar o inquirido com o uso de recursos como: expressão gráfica, colagens, relato de histórias, uso de massinhas, etc.

Palavras-chave: psicologia do adolescente; psicoterapia do adolescente; jogos (psicologia); brincar.

Certamente nem todos os adolescentes irão se adaptar ao uso do jogo e nem todo psicoterapeuta irá se identificar com a proposta assim como ocorre com outros mediadores clínicos.

Vale lembrar, que muitas frases serão significativas e produtivas no contexto clínico para alguns adolescentes e não serão para outros. Algo talvez similar aos contos de fadas que são significativos para uma criança, mas poderá não ser para outra para efeito de subjetivação (BULHÕES, 2010).

Porém, em nossa experiência, constatamos que com os anos,

45 Maria Salete Arenales-Loli, doutoranda, Universidade Estadual Paulista – UNESP – msarenalesloli@gmail.com

46 Jorge Luís Ferreira Abrão, doutor, Universidade Estadual Paulista – UNESP - abrao@assis.unesp.br

47 Leila Salomão Cury Tardivo, doutora livre docente, Universidade de São Paulo – USP - tardivo@usp.br

o manejo pessoal do uso do jogo vai se modificando e alterando. O profissional começa a ficar mais livre e espontâneo com o material e novas alternativas de uso frente a cada caso clínico começa a ser criado facilitando o processo.

Um aspecto fundamental que consideramos importante destacar ao abordar o tema dos limites da técnica do jogo Túnel do tempo trata-se da observação, de que ao longo dos anos de uso do material, notamos adolescentes muito resistentes e que não fluíam no conteúdo das frases incompletas além de poucas monossílabas.

No entanto, tratava-se de casos em que o lúdico não se encaixaria mais como opção e o relato verbal fluente não conduziam a processos frutíferos. Desta forma, sem alternativa, prosseguimos com o uso do jogo na busca de alguma frase que mobilizasse maiores dados e sentido para esses adolescentes, mas fora um trabalho árduo.

Por que alguns adolescentes se opõem completamente a imaginar e se mantem com pouco ou nenhum envolvimento com o jogo é uma questão que possivelmente nos remete ao não brincar.

Quanto ao tema coloca-nos Inúbia Duarte (2009, p. 142):

“Diversas crianças não conseguem brincar com receio de entrar e ficar nesse mundo irreal, sendo esse um dos critérios mais válidos para avaliar a saúde mental infantil. Exemplo desse funcionamento há em abundância na literatura psicanalítica e em nossos consultórios, muito semelhante a pessoas que não conseguem conciliar o sono porque temem sonhar ou evitam situações prazerosas por temerem uma total desorganização egóica, com a invasão das pulsões amorosas e agressivas”.

Deste modo, observar como joga um adolescente torna-se fundamental no processo psicoterápico e os elos se encaixam com a literatura com o não brincar.

Um caso clínico específico neste sentido que acompanhamos, tratava-se de um garoto que chamaremos de Pedro, filho único de 15

anos, com uma mãe extremamente obsessiva, exageradamente ligada à limpeza, ordem e arrumação da casa (seus conteúdos na sessão dirigiam constantemente a disciplina e organização que considerava correta) e nas curtas respostas este menino informa-nos de que após terminar de brincar tem que sempre guardar; relata uma frustração de nunca ter tido um animal de estimação em função da sujeira que ocasiona e nos faz constatar uma rotina sem amigos além dos muros escolares e de pouca imaginação desde sua infância uma vez que a casa teria que permanecer sempre limpa.

Suas respostas no jogo eram sem envolvimento e normalmente infrutíferas para prosseguirmos um diálogo. Por mais que o psicoterapeuta procurasse explorar, não sentíamos reciprocidade nas respostas e o fluir de novas associações. Pedro parecia “abortar” a exploração que as cartas poderiam mobilizar em sua pessoa.

Desta forma utilizamos colagens, desenhos, argila e massinhas para expressar seus sentimentos e complementar o que relatava sobre algumas frases incompletas.

Peço que descreva seus pais com colagens e então conheço um pouco mais de uma rotina exaustiva com os adultos e novas sistematizações da mãe:



Figura 10 – Meu pai – Paciente Pedro

Após a colagem acima diz: Este é o meu pai. Ele passa o final de semana inteiro lendo. Acho que ele lê umas cinco revistas inteiras todo o final de semana.



Figura 11 – Minha mãe – Paciente Pedro

Coloquei este recorte de saladas porque a minha mãe come muita salada. Até nos finais de semana que almoçamos em restaurantes ela come quase que só salada e fica falando que eu tenho que comer saladas, toda vez ela diz isto.

As questões do Gênio da Lâmpada, que comumente acrescentam muito no processo psicoterápico, levou-nos novamente a ideia de um garoto “adultificado”, responde aos pedidos do Gênio:

Pediria para que o meio ambiente não fosse mais destruído, as florestas, o ar poluído, etc.; em segundo lugar, que os Estados Unidos assinasse o protocolo (relata o nome do documento) para que a paz fosse instituída na Guerra (relata o nome da Guerra); em terceiro lugar que fizessem mais uma edição do filme (cita o nome de um filme infantil, de desenho).

O foco com os pais fora de possibilitar a infantilização ou a “adolescentalização” a este garoto adulto que necessariamente necessitava fazer barulho, determinadas sujeiras e pertencer a um grupo de pessoas de sua faixa etária e não somente a um grupo de adultos como pertencia. A família, pouco a pouco prontamente se mobilizou para estas alterações no cotidiano, no entanto, não se observou alterações significativas quanto à expressão simbólica e verbal do garoto nas sessões: prosseguia com respostas que geravam encerramentos e não um prolongamento sobre a exploração de sua pessoa.

No entanto, a satisfação da família se deu em função da melhora de outro sintoma de Pedro, que fora na realidade o motivo da consulta, um maior envolvimento com conteúdos escolares e aumento nas notas em diferentes disciplinas.

Com os anos do uso do jogo Túnel do Tempo concluímos que, casos clínicos assim, exigem do profissional um tatear quanto ao inquérito que este paciente exige. Pode-se, por exemplo, solicitar que se façam colagens sobre os sentimentos mobilizados frente a alguma carta em que se constata maior conteúdo a ser explorado.

Aos pacientes que não se opõem a desenhar se poderão criar alternativas de novos desenhos sobre o que se está conversando e assim vamos caminhando no sentido do mundo interno que muitas vezes realmente nos são colocados de forma tão inacessível.

Neste sentido coloca David Levisky (2009, p. 199): “Sempre com respeito e descontração, se percebo que a comunicação verbal lhe é difícil, pergunto se gostaria de fazer algo como desenhar ou jogar, pois talvez lhe seja mais fácil expor o que está pensando”.

Pode-se também solicitar que tragam fotografias para a sessão a fim de ilustrar e explorar com maior ênfase determinados temas do seu passado quando solicitados nas cartas do jogo.

Enfim, a experiência nos mostrou que com estes casos

poderíamos introduzir uma materialidade maior nas frases incompletas.

Como nos ensina Donald Winnicott, se o paciente não brinca, ele “deve ser levado a brincar”, possibilitando expressar e conhecer o mundo subjetivo/ intersubjetivo (WINNICOTT, 1971/1975a, p. 59). Trata-se de uma lição que devemos considerar com estes casos clínicos.

REFERÊNCIAS

BULHÕES, L. B. D. **Experiências maternas frente à continência dos medos Infantis**. 2010. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

DUARTE, I. P. A comunicação na psicoterapia de crianças: o simbolismo no brincar e no desenho. In: CASTRO, M. G. K.; STÜMER, A. **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 7, p. 141-155.

LEVISKY, D. L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

WINNICOTT, D. W. **Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1971.

PSICOPATOLOGIA FORENSE

Dra. Denise Hernandes Tinoco⁴⁸

RESUMO:

O presente trabalho apresenta os quadros nosológicos estudados em Psicopatologia Forense com o intuito de descrever sintomas e a psicodinâmica destes, buscando evidenciar diferenças entre os quadros, facilitando o psicodiagnóstico em trabalho multiprofissional, onde a perícia torna-se importante para decisões judiciais.

Neste texto estarei abordando os quadros de psicopatologia mais encontrados e estudados na psicologia forense, pois os crimes, atos delinqüenciais, perversões, geralmente são cometidos por pessoas que apresentam os quadros nosológicos que serão aqui descritos. Mas antes de descrever os quadros é importante definir psicopatologia. Esta é o estudo das doenças mentais ou psíquicas. Deriva da palavra Pathos que significa ao mesmo tempo paixão e doença. Nas doenças mentais em geral as emoções estão em desequilíbrio, ou por excesso como ocorre na mania e na depressão, ou pelo embotamento das emoções como na esquizofrenia, ou pela frieza ou falta de emoções encontrada na psicopatia.

Tivemos importantes psiquiatras e psicanalistas que estudaram profundamente as psicopatologias, produzindo compreensões de diversos ângulos: Jasper nos traz a fenomenologia das doenças mentais, Freud estuda a psicodinâmica dos quadros psicopatológicos, isto é, como a personalidade é construída dentro da família através das relações que se estabelecem entre sujeito e objeto, Bleuler modificou o nome de um quadro grave estudado por Kraepelin de demência precoce para esquizofrenia, pois percebeu que nestes quadros específicos há uma cisão na personalidade. Todos contribuíram muito para a nossa compreensão nos possibilitando um melhor entendimento dos quadros e a partir disto, foram desenvolvidos métodos e técnicas

48 Doutora em Psicologia Clínica PUC/SP. Coordenadora do Curso de Psicologia da UniFil.

para trabalharmos com as pessoas que os apresentam.

A descrição destes quadros e de sua dinâmica, escritos abaixo, auxiliam no processo de diagnóstico psicológico, um dos trabalhos desenvolvidos por psicólogos na psicologia forense ou jurídica, geralmente em equipe multidisciplinar.

PSICOSES

Apresenta fixação na fase oral, segundo Freud, menos a esquizofrenia paranóide cuja fixação da libido ocorre na fase anal. Há uma predisposição hereditária. Atualmente tem sido estudado a transmissão psíquica entre gerações, isto é, conteúdos mal resolvidos na família, proibidos de serem ditos, que provocam vergonha, que são tabus, transformam-se em complexos carregados de energia que são transmitidos através do inconsciente, de geração em geração, produzindo doenças e sintomas.

As Psicoses são divididas em esquizofrenias e psicoses afetivas.

Nas esquizofrenias existem vários quadros, mas os principais são: esquizofrenia simples, hebefrênica, catatônica e paranóide.

Nas psicoses afetivas encontramos psicoses depressivas, maníacas e transtorno bipolar.

Os sintomas apresentados que devem ser investigados tanto na esquizofrenia quanto nas psicoses afetivas são corporais, motores, cognitivos e sensoriais. As funções pensamento, sentimento, sensação e intuição se apresentam alteradas. Há alteração na linguagem e em outras formas de expressão.

As áreas cerebrais envolvidas na esquizofrenia são: Sistema límbico, lobos frontais e gânglios basais. A área hipocampal é menor do que nas pessoas que não apresentam esquizofrenia. Apresentam demasiada atividade dopaminérgica.

Os sintomas psicóticos podem se apresentar quando são utilizadas drogas que aumentam a atividade dopaminérgica. Exemplo: as anfetaminas.

Anormalidade em outros neurotransmissores podem produzir sintoma psicótico também, como por exemplo no uso de LSD pois este ácido afeta a serotonina.

O glutamato produz hiperatividade na esquizofrenia. Tem sido encontrado também hipercortilosemia, liberação embotada de prolactina e de hormônio de crescimento.

Na Esquizofrenia Simples encontramos desadaptação social, com libido introvertida, rompimento das noções de espaço e tempo, abandono do trabalho e escola como sintomas. As famílias nem sempre percebem que a pessoa está doente e muitas vezes a abandonam por acharem que são seres errantes, sem força de vontade, inúteis. Grande parte dos mendigos são esquizofrênicos simples.

A Esquizofrenia Hebefrênica tem seu início na adolescência. Há rompimento da noção espaço-tempo, comportamentos bizarros e pueris, maneirismo, afeto inapropriado ou superficial, com risos imotivados, desorganização da percepção sensorial, do pensamento, da fala, podendo apresentar-se desconexa, com ecolalia, ecopraxia, em processo primário. Pode haver alucinações e delírios.

Na esquizofrenia Catatônica há transtorno da motricidade como sintoma principal. Pode haver alteração entre excitação e agitação e períodos de estupor, mutismo, negativismo, obediência automática e flexibilidade de cera (cérea). Pode ocorrer furor catatônico com violência exacerbada. Apresenta posturas bizarras ou inapropriadas, rigidez, perseveração de palavras ou frases.

Na esquizofrenia Paranóide os sintomas são próprios da fixação na fase anal, com necessidade de controle do ambiente e manipulação deste. O mecanismo de defesa de projeção é usado maciçamente. Este é um quadro muito encontrado em pessoas fanáticas por política e

religião, com megalomania, delírios de ciúme e erotomania que muitas vezes cometem crimes. Sendo assim descrevermos melhor no texto, seguindo uma ordem desenvolvimentista.

Nas Psicoses Afetivas encontramos sob esta denominação as psicoses depressivas, maníacas e o transtorno bipolar.

O ponto de fixação da libido é no segundo semestre do primeiro ano de vida, quando a criança já tem uma percepção total do objeto, investindo libido em si e no outro. O narcisismo e a ferida narcísica imperam. Para Freud, a depressão é o quadro principal e a mania ocorre como defesa à depressão.

A noradrenalina e a serotonina são os dois neurotransmissores mais envolvidos na fisiopatologia do Transtorno do Humor. A acetilcolina e a dopamina também podem estar desreguladas. A noradrenalina está alterada aumentando a agressividade.

A serotonina está associada à fisiopatologia da depressão. Pacientes suicidas tem baixas concentrações de metabólitos de serotonina e baixas concentrações de sítios plaquetários de captação de serotonina. Apresentam respostas anormais de prolactina e de hormônio de crescimento.

A dopamina encontra-se desregulada. Na redução da atividade dopaminérgica encontramos depressão e aumento na mania.

Há desequilíbrio neuroendócrino em pacientes com transtorno de humor no eixo da tireóide e da adrenal com secreção noturna diminuída de melatonina, liberação diminuída de prolactina, níveis basais diminuídos de folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) e níveis diminuídos de testosterona nos homens com depressão. Há hipercortilosemia na depressão.

Na **Mania** foi encontrado aceleração dos processos psíquicos, sensação de bem estar geral e de aumento de energia, com humor expansivo ou irritável, acompanhada de falta de crítica do estado mórbido. O paciente não tem queixas a não ser de irritabilidade e

insônia. A família é que procura ajuda. O paciente torna-se desinibido e modifica sua aparência, com trajes extravagantes ou de forma descuidada, com cores vivas e acessórios bizarros. Demonstra impaciência, autoconfiança e irradia energia incomum. O pensamento fica acelerado e existe a sensação de aumento de velocidade no fluxo das ideias, apresentando logorréia, com muitos planos e idéias novas. Apresenta fuga de idéias, estas fixam-se em detalhes e informações acessórias, sem retorno ao tema inicial. Informações recentes e lembranças do passado vêm à mente em grande quantidade e com rapidez incomum, caracterizando hipermnésia. O paciente se sente o mais inteligente e o que tem raciocínio mais claro. Prevalecem as idéias de grandeza, poder, riqueza, com delírios de ser o filho de Deus enviado para salvar o mundo. A distração interfere em toda atividade. O indivíduo não consegue fixar-se em nada, pois sempre surgem novos estímulos, todos relevantes dificultando a finalização de tarefas. A euforia leva ao comprometimento da capacidade crítica, o futuro é visto com otimismo, o presente é vivido de modo rápido e intenso, sem barreiras para atingir objetivos imediatos e o passado é lembrado com vivacidade, coerente com o humor expansivo.

Nos delírios predominam os temas de cunho religioso e místico, financeiro, político e sexual.

Na mania psicótica, ilusões, alucinações auditivas e visuais são comuns, estando associadas a delírios de grandeza com sintomas paranóides.

O comportamento pode se tornar indecoroso, desrespeitando regras sociais, éticas e morais que lhe eram próprias.

Pode fazer gastos extraordinários e endividamentos, indiscrições sexuais e sociais, brigas, promiscuidade, volubilidade, irresponsabilidade.

Vinte e cinco por cento dos pacientes apresentam episódio depressivo imediatamente antes do início da mania ou hipomania.

Outros 25% em seguida, aumentando sentimentos de culpa e constrangimento, com os quais muitos julgam não poder conviver, terminando em suicídio.

A **Hipomania** é uma forma clínica atenuada da mania. A capacidade de adaptação é maior porque a hiperatividade pode ser canalizada para uma atividade produtiva, a ponto de trazer benefícios reais, aumentando a autoconfiança e a criatividade, capacitando a realizar coisas impossíveis em situação normal. Há facilidade de contato social e logorréia. Pode haver indiscrições sociais, endividamento, brigas e discussões, tornando a convivência com os demais difícil.

Depressões: é preciso fazer distinções entre melancolia, luto, tristeza, posição depressiva e depressão.

- A tristeza é um estado de humor afetivo que pode estar presente ou não nos estados depressivos.
- O luto é caracterizado por um período necessário para elaboração da perda do objeto amado.
- Na melancolia há a introjeção do objeto perdido.
- Posição depressiva é um nome dado a um período de desenvolvimento no primeiro ano de vida, a partir dos seis meses, na teoria desenvolvida por Melanie Klein.
- Depressão anaclítica é termo usado por René Spitz para designar um quadro depressivo em crianças abandonadas ou institucionalizadas, sem os devidos cuidados maternos. Pode levar ao marasmo e morte se a criança não vier a receber cuidados maternos adequados.
- A depressão pode ir de um estado neurótico a uma psicose. A agressão contra si mesmo sempre está presente. Há também sentimento de culpa constante sem causa definida, baixa auto estima, intolerância exacerbada a perdas, alto nível de exigência consigo mesmo, extrema submissão ao julgamento

dos outros, sentimento de perda do amor e de busca de objeto inalcançável . A defesa pode ser a mania, já descrita acima, como formação reativa contra a depressão.

As causas podem ser endógenas (orgânicas) e exógenas (ambientais). Ambas podem estar em interação, por isto a importância da associação da psicanálise com tratamento medicamentoso na maioria das vezes.

Os sintomas apresentados podem ser:

- A- Identificação do ego com o objeto perdido.
- B -Perda do objeto.
- C- Perda do ego e suas funções.
- D -Depressão por culpa.
- E- Depressão decorrente de fracasso narcisista.
- F- Identificações patógenas.
- G- Ruptura com papéis designados.
- H- Pseudodepressão como defesa por medo de retaliações e invejas.

Outro quadro muito comum na atualidade, fruto das modificações ocorridas nas relações familiares, principalmente na díade mãe-bebê, é o transtorno borderline.

TRANSTORNO BORDERLINE

Em pesquisas feitas foram encontrados parada do desenvolvimento como fator subjacente ao transtorno, com narcisismo excessivo, carência das funções essenciais do ego, fixação pré-fálica, no limite entre a fase oral e anal, falta mecanismos de defesa para dominar pressões interiores e do meio externo. Fantasiam excessivamente

como fuga a uma infância e adolescência traumáticas, mas isto não os ajudam a enfrentar a realidade. A fragilidade egóica surge a partir de traumas de abandono e relações patológicas entre a mãe e a criança.

O transtorno borderline é dividido em 4 grupos clínicos:

- Grupo A: borderline com predomínio de características esquizóides e ou paranóides.
- Grupo B: borderline com predomínio de características distímicas e afetivas.
- Grupo C: borderline com características anti-sociais e perversas.
- Grupo D: borderline com predomínio de características neuróticas graves.

A ocorrência de suicídio é de 8 a 10% em indivíduos borderlines.

- Gunderson explora 5 áreas na avaliação do transtorno borderline:
 - 1- Adaptação social: aparentemente sem dificuldades.
 - 2- Impulsos e ações: as atitudes são impulsivas, geralmente encontra-se adicção a drogas e álcool, auto-agressão, promiscuidade, bulimia, anorexia.
 - 3- Afetividade alterada podendo apresentar depressão, raiva, ansiedade e desespero.
 - 4- Apresenta eventuais surtos psicóticos, normalmente breves, reativos e pouco severos.
 - 5- Abandono: necessitam do outro em tempo integral, são francamente dependentes, masoquistas e manipuladores.

Carlos Paz, através de pesquisa psicanalítica encontra os seguintes sintomas:

- 1- Transtorno na relação com a realidade, grosseiras e transitórias, sem perda do juízo da realidade.
- 2- Transtorno do pensamento com idéias de referência e paranóia.
- 3- Transtorno no controle dos impulsos com explosões de raiva, violência e agressão.
- 4- Transtorno da sexualidade com fantasias sexuais sadomasoquistas, atividade masturbatória com fantasias eróticas perversas, promiscuidade e eventualmente impotência.
- 5- Presença de ansiedades confusionais.
- 6- Vínculo com o terapeuta característico, com viscosidade, aderência e manipulação. Muitas vezes a transferência é delirante ou psicótica.

A escola americana descreve o seguinte quadro clínico:

- 1- Presença de angústia crônica e difusa, com crises histéricas e somáticas.
- 2- Incapacidade para sentir emoções, com vazio afetivo existencial.
- 3- Depressão caracterizada por sentimentos de vazio e solidão. Há explosão de ira e raiva contra o objeto frustrante.
- 4- Intolerância à solidão, prendendo-se ao outro, à droga, álcool e outras adicções.
- 5- Anedonia (incapacidade de sentir prazer). Insatisfação permanente e manifesta.

-
- 6- Neurose polissintomática: fobias múltiplas, sintomas obsessivo-compulsivos, sintomas de conversão, reações dissociativas, transtorno de consciência, fugas, amnésias, hipocondria exagerada, ideia fixa de mal estar mental e ou corporal, medo de enlouquecer, transtorno alimentar.
 - 7- Tendências paranóides com idéias deliróides persecutórias.
 - 8- Descontrole dos impulsos, compulsões descontroladas.
 - 9- Tendências sexuais não normais em forma de fantasias ou ações. A sexualidade pode funcionar como defesa contra a sensação de abandono. O sadomasoquismo e promiscuidade se encontram presentes.
 - 10- Episódios psicóticos breves com despersonalização, auto referência, idéias de suicídio com tentativas e automutilação. Normalmente ocorrem após ruptura de vínculo.
 - 11- Com relação à adaptação social, usam de esquiva, podendo apresentar conduta anti-social e agressiva.

Seguindo uma ordem da fixação da libido nas fases de desenvolvimento, explicaremos a Paranóia.

PARANÓIA

A Esquizofrenia Paranóide tem o início mais tardio, por volta dos 35 anos. Apresenta delírio de grandeza ou megalomania, delírio de ciúme, erotomania e delírio de perseguição. Apresenta alucinações ouvindo vozes imperativas que dão ordens que devem ser executadas. Apresenta distúrbios de percepção, distúrbios do afeto, da volição, do discurso, podendo apresentar sintomas catatônicos embora não sejam proeminentes. A fixação da libido é na fase anal expulsiva.

Encontramos as seguintes características:

-
- Pessoa tensa, ansiosa, insegura de si mesmo. Desconfia dos demais, suspeita de suas intenções e procura sentidos e motivos ocultos em seu comportamento.
 - Tem poucas relações e ainda com contato com muita gente, pensa em si mesmo como solitário.
 - Vê a si próprio como o centro do universo. Sente-se predestinado, perseguido pela inveja dos outros. Não percebe seus impulsos agressivos, projetando-os nos outros.
 - Sente-se atacado ou tratado injustamente pelos outros, considerando-os irresponsáveis e indignos de confiança.
 - Justifica assim sua conduta isolada e secreta.
 - Apresenta ressentimento crônico. Qualquer desatenção é interpretada como rejeição. Coleciona injustiças, é dado a brigas, manifestações de explosões, impaciência e cólera emocional.
 - Manifesta ressentimento devido ao seu sentimento de não ser amado nem apreciado pelo mundo, sendo extremamente ciumento.
 - Pensa que as pessoas querem incomodá-lo, mostra-se auto-centrado.
 - São apegados à justiça e à correção, buscando defender seus direitos veementemente.
 - Aprendem lutas para se defenderem, tem armas de fogo, facas.
 - São rígidos com relação a normas e regulamentos, interpretando-os sem considerar os sentimentos alheios.
 - Podem apresentar traços semelhantes aos obsessivos quanto à rigidez com relação a normas e regulamentos.
 - Mostram-se independentes não aceitando ajuda dos outros.

-
- Insistem em ter sempre razão em suas opiniões. Sua falta de tato, atitudes de superioridade, arrogância e grandiosidade antagonizam os demais. Olham as pessoas que não os valorizam como estúpidas, desprezíveis e incompetentes.
 - Pensam que seus objetivos e ambições são para o bem da humanidade, acreditam que os fins justificam os meios.
 - Apresentam zelo missionário querendo transformar o mundo em lugar perfeito, geralmente se atraem por grupos extremistas, tanto políticos, como religiosos.
 - Preocupam-se com a aplicação rígida de um grupo de ideias, sem se preocupar em ferir ou matar pessoas.
 - São revolucionários, mas estão sempre desencantados, mesmo se a revolução triunfa.
 - Sentem-se ressentidos com sua infância onde dizem que foram humilhados e tratados com sadismo.
 - Sentem prazer em observar a infelicidade e o fracasso dos outros. Esperam causar inveja devido ao seu êxito, como cólera vingativa.
 - Há depressão por baixo de seus sintomas.
 - Podem apresentar hipocondria.

O conflito básico apresentado é a homossexualidade inconsciente, não aceita, afastada pela negação, projeção e formação reativa, com Persona exacerbadamente masculina para esconder seus desejos reprimidos. Geralmente perseguem homossexuais, pois não suportam ver neles o seu avesso refletido.

Apresentam medo e desconfiança com relação ao sexo oposto. Estes sentimentos impedem que estabeleça relação amorosa a não ser na fantasia.

Quando se envolvem amorosamente, tem delírios de ciúme e erotomania, voltando-se inevitavelmente contra o objeto amoroso, atacando-o pelas questões que odeia em si mesmo.

Na psicodinâmica do indivíduo que apresenta paranóia encontrou-se dificuldade de estabelecer relação cordial com a mãe. Sente-se rejeitado, humilhado e vive o contraste de se sentir inútil e se sentir grandioso. Volta-se para o pai como substituto da mãe. No homem, passa a ter temor dos desejos homossexuais passivos. Na mulher, regride a desejos homossexuais primitivos e simbióticos. Isto aparece nas fantasias da menina de sofrer agressão sexual por parte de sua mãe.

Os pais podem ser rígidos, distantes e sádicos. A identificação com o agressor torna-se um importante mecanismo de defesa.

A mãe mostra-se exageradamente dominadora, sedutora e ambivalente, com duplas mensagens com relação à sexualidade. Sempre está certa e o filho errado. Controla os filhos mediante ameaça de abandono, querendo-os passivos e submissos. Trata-os como superiores e bem dotados produzindo ambivalência com relação aos seus desejos.

Qualquer fracasso do filho é julgado como avaliação inadequada dos demais. As dificuldades escolares são atribuídas a mestres incompetentes.

A pessoa não desenvolve um sentido realístico do próprio valor, de suas forças e fraquezas. Identifica-se com progenitor onipotente e agressivo.

Apresenta na infância sintomas obsessivos, fóbicos, depressivos e histéricos. Geralmente seus traços paranóicos começam a aparecer na adolescência, mas a doença instala-se tardiamente, por volta dos trinta anos.

Geralmente é desencadeada por situação de estresse, que envolve perda real, imaginária ou antecipada de objetos amorosos,

com fracassos adaptativos e perda de auto-estima.

ADICÇÕES

As Adicções são encontradas em pessoas com fixação pré-fálica. O termo significa que faltam palavras para se expressarem. O pré consciente foi mal formado, pois a palavra, que nomeia os elementos brutos do inconsciente não foram ditas pela pessoa que fez a função materna, faltando conexões. Como resultado, há dificuldade de pensar, refletir e elaborar conteúdos. O adicto tem dificuldade de falar sobre seus sentimentos, emoções, excitações, mas produz constantes actings-outs, apresentando microcrises psicóticas. Através de suas compulsões busca sensações arcaicas de completude, marcas de uma simbiose mal elaborada no final do primeiro ano de vida.

O vazio interno é sentido como imenso, causando sensação de morte e excesso de ansiedade. O impulso por drogas, roupas, sexo, jóias, alimento e outros, mantém a sensação de estarem vivos. A abstinência gera a sensação de não existir.

A tentativa de preencher vazios existenciais, decorrentes da primitiva sensação de desamparo, lançando mão do uso de drogas tóxicas e euforizantes, bebidas alcoólicas, pode acarretar problemas sociopáticos.

MÚLTIPLAS PERSONALIDADES OU TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE

Outro quadro muito importante é o de Múltiplas Personalidades ou Transtorno Dissociativo de Identidade.

O primeiro caso da história psiquiátrica foi descrito em 1885, na França. O paciente era Louis Vivet. Já havia um estudo de dupla personalidade descrita em 1875.

Louis Vivet apresentava oito estados distintos de personalidade. Foi diagnosticado como Histeria Dissociativa.

Cada personalidade, nos casos de múltipla personalidade, pode apresentar sintomas nosológicos diferentes.

Pesquisas atuais mostram que, devido aos maus tratos, assédios sexual e moral, a criança vai cindindo sua personalidade por defesa. Uma personalidade não lembra da outra. É como se sua memória se dividisse e algumas lembranças ficam registradas num compartimento, outras lembranças em outro compartimento e a pessoa atua com nomes, idades, características diferentes em cada personalidade.

Os mecanismos de defesa de repressão, negação e outros se fazem presentes maciçamente.

Estes casos requerem muita habilidade em psicodiagnóstico.

Os casos mais estudados e que demandam mais atenção na psicopatologia forense são os quadros de Perversão.

Vamos, na sequência, ao estudo destes quadros.

PERVERSÕES E PSICOPATIA

São chamados de perversões os transtornos anti-sociais, sociopatias ou psicopatias.

O ponto de fixação da libido é na fase sádico-anal. A neurose é o negativo ou avesso da perversão segundo Freud, pois este acreditava que o ser humano nascia perverso-polimorfo e à medida que ia reprimindo seus desejos, formando um princípio de realidade, deixando de viver no princípio do prazer, tornava-se neurótico, mas esta era a condição ideal para viver de acordo com as normas e regras culturais, necessárias para a vida em grupo. Quando, por falha na função paterna, que traz a lei e a cultura, construindo um superego no aparelho psíquico do sujeito, a perversão instala-se o os sintomas

apresentados podem ser:

Sadismo, masoquismo, exibicionismo, travestismo, pedofilia, zoofilia, necrofilia, voyeurismo, fetiches, assédios morais e sexuais, sedução para dominar o outro, recursos demagógicos.

Há ausência de culpa, com superego projetado no social, esperando inconscientemente limite e punição, segundo a psicanálise.

Os psicopatas podem ter uma aparência normal, tem o ego preservado, são sedutores e manipulam com facilidade. Conseguem perceber pessoas carentes, depressivas, com baixa estima, para manipular, tirando proveito, aparentando ser amigo.

Os psicopatas apresentam defeito moral, conduta anti-social. Roubam, assaltam, mentem, enganam, são impostores. Seduzem e corrompem, usam drogas e cometem delitos. Transgridem as leis sociais e envolvem os outros.

As características sempre presentes são: impulsivos, repetem compulsivamente, tem actings de natureza maligna, acompanhado de irresponsabilidade e aparente ausência de culpa pelo que fazem, não aprendem com a punição.

As características citadas acima são egossintônicas, muitas vezes idealizadas pelo indivíduo, acompanhadas de uma total falta de consideração pelas pessoas que se tornam alvo e cúmplices do jogo psicopático.

O pensamento é do tipo motor levando-os a serem impulsivos. Tem o propósito de manter a idealização e o superior poder do narcisismo destrutivo.

Não procuram tratamento, pois não acham que estão doentes.

Hervey Cleckley, na década de 40 do século XX, descreveu o perfil do psicopata em seu livro “a máscara da sanidade”, dando base às pesquisas atuais. Encontrou as seguintes características:

-
- Charme superficial e boa inteligência.
 - Ausência de delírio e outros sinais de pensamento irracional.
 - Ausência de nervosismo.
 - Não confiável.
 - Falsidade e falta de sinceridade.
 - Ausência de remorso ou vergonha.
 - Comportamento antissocial inadequadamente motivado.
 - Julgamento deficitário e falha em aprender com a experiência.
 - Egocentrismo patológico e incapacidade de amar.
 - Deficiência geral nas reações afetivas principais.
 - Dificuldade de insight
 - Falta de respostas nas relações interpessoais gerais.
 - Comportamento desagradável com bebida e às vezes sem bebida.
 - Tentativa de suicídio sem concretizar para manipular.
 - Vida sexual e interpessoal deficitária e mal integrada.
 - Fracasso em seguir um plano de vida.

Na atualidade, Robert Hare organizou 2 instrumentos para mensurar e avaliar a psicopatia. São amplamente utilizados na psicologia forense pelos psicólogos.

São chamados: Psychopathy Checklist(PCL) e Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R).

O instrumento mais utilizado é o pcl-r, composto de 20 itens que seguem abaixo.

-
- 1-Lábia/charme superficial. (f1)
 - 2-Senso grandioso de autoestima. (f1)
 - 3-Mentira patológica. (f1)
 - 4-Ausência de remorso ou culpa. (f1)
 - 5-Afeto superficial. (f1)
 - 6-Crueldade/falta de empatia. (f1)
 - 7-Comportamento sexual promíscuo.
 - 8-Falta de objetivos realistas de longo prazo. (f2)
 - 9-Impulsividade. (f2)
 - 10- Irresponsabilidade. (f2)
 - 11-Falha em aceitar responsabilidade pelas próprias ações. (f1)
 - 12- Versatilidade criminal.
 - 13-Necessidade de estimulação. (f2)
 - 14-Ludibriador/manipulador. (f1)
 - 15-Estilo de vida parasita. (f2)
 - 16-controle deficiente do comportamento. (f2)
 - 17-Problemas comportamentais precoces. (f2)
 - 18-Muitas relações conjugais de curta duração.
 - 19- Delinquência juvenil. (f2)
 - 20-Revogação da liberação condicional. (f2)

Para pontuar este instrumento precisa ser um especialista que vai se basear nas entrevistas feitas, na aplicação de testes psicológicos de personalidade, inteligência e neuropsicológicos.

Cada item é avaliado em uma escala de 3 pontos (0,1,2).

Um escore acima de 25 pontos é positivo para psicopatia.

- O fator 1 (f1) avalia relacionamento interpessoal/afetivo.
- O fator 2 (f2) avalia estilo de vida socialmente desviante/anti-social.

Temos como quadros nosológicos, psicopatia primária e secundária.

O psicopata primário comete atos anti-sociais, é irresponsável, não tem empatia e é superficialmente charmoso.

O psicopata secundário, chamado no CID 10 de transtorno de personalidade anti-social (TPA), apresenta desvantagem social, inteligência baixa, ansiedade causando impulsividade.

A ausência de ansiedade caracteriza o verdadeiro psicopata, chamado no CID 10 de Transtorno de Personalidade Dissocial (TPD) , que permite que ele cometa violência e comportamento anti-social repetidamente sem culpa.

Os psicopatas de sucesso não sofrem de TPA. São os que apresentam TPD.

Geralmente estão na política ou em cargos de comando em corporações.

Exibem inteligência superior, bem educados, posição socioeconômica alta. Geralmente não estão encarcerados.

Segundo estudos da neurociência, sua amígdala, órgão do sistema límbico, não reage às emoções. Os cientistas organicistas acreditam que a pessoa nasce com esta falha, já os psicanalistas acreditam que esta falha passa a existir como resultado da atuação de mecanismos de defesa desenvolvidos na fase anal, por falha na formação do superego.

VIOLÊNCIA E COMPORTAMENTO CRIMINAL

Salekin e col.(1996) encontraram uma relação significativa entre a psicopatia e a reincidência criminal geral, além de uma relação ainda maior entre psicopatia e reincidência violenta.

Foram feitas outras pesquisas com este tema e encontrados resultados similares.

As evidências disponíveis sugerem que os psicopatas tem maior probabilidade de cometer crimes violentos e não violentos do que os não psicopatas.

Geralmente a violência do psicopata é instrumental, possuindo objetivo claro, definido e planejado.

A violência reativa é mais encontrada em outros quadros patológicos, embora possa ser encontrada no psicopata secundário e no primário sob efeito de álcool e drogas.

O psicopata tem maior probabilidade de vitimizar estranhos, de cometer vinganças.

Raramente a violência é por autodefesa.

Com são frios, tem menor probabilidade de matar do que o não psicopata. Isto ocorre, porque assassinatos em geral decorrem de uma situação carregada emocionalmente (isto não é característica de psicopata). Quando cometem assassinato, as características são instrumentais

VIOLÊNCIA SEXUAL

A ausência de responsividade emocional nas relações interpessoais e a promiscuidade sugerem um risco aumentado de violência sexual na psicopatia. Esta é preditiva de recidiva sexual entre estupradores e molestadores de crianças.

OUTROS SINTOMAS DOS PSICOPATAS

Apresentam déficits interpessoais e emocionais. Embora sejam sedutores e criem situações para manipular usando de charme, tem dificuldade de processar e entender as emoções, usam menos gestos de mãos compatíveis com o que está sendo dito, tem dificuldade de usar palavras afetivas, tem dificuldade de entender abstrações, sendo superficiais na linguagem.

Eles entendem a letra da música, mas não sentem o ritmo, por isto encontram problemas para dançar. O sistema límbico fica próximo e conectado à área auditiva do cérebro. Como sua amígdala não reage às emoções, não se emocionam com música, não compreendendo os ritmos.

Usam a raiva para controlar o outro, pois são frios, não reagindo às emoções com as outras pessoas.

Sua amígdala, no sistema límbico, não reage ou reage muito pouco a situações que causariam medo, amor, amizade, alegria, generosidade e solidariedade. Isto foi descoberto através de exames de ressonância magnética e outras técnicas de neuroimagem.

Tem dificuldade de aprender com os comportamentos punitivos, evitando situações perigosas, pois não reagem ao medo.

Um estudo feito com tomografia computadorizada por emissão de fóton único, revelou que o córtex cerebral dos psicopatas é menos ativo e que a ativação ocorre mais na região occipital (informações visuais), enquanto as outras pessoas apresentam mais atividades em outra regiões do córtex cerebral.

O lobo frontal (personalidade) não recebe informações do sistema límbico, sendo assim as reações do psicopata são frias, racionais, desprovidas de afeto, sem capacidade de empatia.

Pesquisas mostram que há menos mulheres psicopatas do que homens. O hormônio testosterona é encontrado em altos níveis nos serial killers.

QUESTÕES ÉTNICAS E TRANSCULTURAIS

Pesquisas mostram que a perda da cultura, o desenraizamento, as condições sócio-econômicas desfavoráveis interferem mais na formação de outros quadros nosológicos do que na formação de psicopatas.

PSICOPATIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Crianças e adolescentes, embora precisem de atenção especial, tendo inclusive o estatuto da criança e adolescente (ECA), podem apresentar psicopatia. Nestas faixas etárias encontramos psicopatas e estes precisam ser detectados e precisam de limites apropriados para serem contidos.

O Brasil é falho em suas leis (ECA), pois generaliza como se toda criança e adolescente fosse inocente e passível de correção. Não é assim. Muitos inclusive se aproveitam disto, por saber que a retenção máxima é de 3 anos e que sairão após os 18 anos com a ficha limpa.

Segundo Barbosa Silva (2008), as idades mínimas para responsabilidade criminal em diferentes países são as seguintes:

- Austrália e Suíça- 7 anos.
- Equador- 12 anos.
- Dinamarca, Finlândia e Noruega- 15 anos.
- Argentina, Chile e Cuba- 16 anos.
- Polônia- 17 anos.
- Colômbia, Luxemburgo e Brasil- 18 anos.
- EUA- em alguns estados, a partir dos 6 anos. Cabe ao juiz decidir se o jovem infrator deverá ser julgado como adulto ou não.

-
- Inglaterra- Desde 1967 não tem idade mínima preestabelecida. Uma criança de 10 anos (ou menos) pode ser julgada como adulto, dependendo da gravidade do crime e de acordo com os costumes do país.
 - A ONU, através de seu órgão destinado à infância e adolescência (a Unicef) recomenda em seu manual que a maioridade penal se inicie entre 7 e 18 anos.

Os problemas de Psicopatia podem ser encontrados desde a infância. São chamados de Transtorno de Conduta antes dos 18 anos.

Quando a criança apresenta padrão repetitivo dos sintomas abaixo, são candidatos à Psicopatia.

- -Mentiras frequentes.
- -Crueldade com animais, coleguinhas, irmãos, etc.
- -Condutas desafiadoras às figuras de autoridade (pais, professores, etc).
- -Impulsividade e irresponsabilidade.
- -Baixíssima tolerância à frustração, com acessos de irritabilidade ou fúria quando são contrariados.
- -Tendência a culpar os outros por erros cometidos por si mesmos.
- - Preocupação excessiva com seus próprios interesses.
- -Insensibilidade e frieza emocional.
- -Ausência de culpa ou remorso.
- -Falta de Empatia ou preocupação pelos sentimentos alheios.
- -Falta de constrangimento ou vergonha quando pegos mentindo ou em flagrante.

-
- -Dificuldade em manter amizade.
 - -Permanência fora de casa até tarde da noite, mesmo com a proibição dos pais. Muitas vezes podem fugir e levar dias sem aparecer em casa.
 - -Faltas constantes sem justificativas na escola ou no trabalho (quando mais velhos).
 - - Violação às regras sociais que se constituem em atos de vandalismo como destruição de propriedades alheias ou danos ao patrimônio público.
 - - Participação em fraudes (falsificação de documentos) roubos ou assaltos.
 - - Sexualidade exacerbada, muitas vezes levando outras crianças ao sexo forçado.
 - -Introdução precoce no mundo das drogas e do álcool.
 - -Nos casos mais graves, podem cometer homicídio.

A Psicopatia não tem cura. Tem um curso crônico, podendo se tornar menos evidente a partir dos 40 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA SILVA, A. B. **Mentes Perigosas**. Editora Fontanar. Rio de Janeiro. 2008.

DAYNES, K.; FELLOWES, J. **Como identificar um Psicopata**. Editora Cultrix, São Paulo, 2012.

HACKING, I. **Múltipla Personalidade**. José Olympio Editora. Rio de Janeiro. 2000.

HUSS, M. T. **Psicologia Forense. Pesquisa, prática clínica e aplicações**. ArtMed. Porto Alegre, R.S., 2011.

SERAFIM, A. P; SAFFI, F. **Psicologia e Práticas Forenses**. Editora Manole. Barueri. S. P. 2012.

TINOCO, D. H. **Psicologia, Psicanálise e Psicossomática**. Editora da UniFil. Londrina, 2010.

SABINA SPIELREIN – PIONEIRA DA PSICANÁLISE

Renata Udler Cromberg

A importância de Sabina Spielrein como psicanalista e como autora de psicanálise foi recalçada e esquecida por quase sessenta anos. Desde o início do século XXI, ela tem aparecido em algumas obras culturais, filmes e peças teatrais e musicais, que ressaltam a sua importância apenas como a primeira paciente de psicanálise de Carl Gustav Jung e como sua amante logo depois do tratamento, bem como o papel que teve na ruptura entre Freud e Jung. Sua importância como clínica inovadora, escritora e criadora de conceitos inéditos no campo psicanalítico é ignorada e quando não o é, é apenas mencionada como curiosidade póstuma. No entanto, a riqueza de seu pensamento teórico e clínico, a sua participação no movimento psicanalítico instituinte como uma novidade radical na psiquiatria, sua participação inovadora no estudo do desenvolvimento da linguagem infantil e da formação do símbolo, assim como nas práticas psicanalíticas e educacionais com crianças justificaram, para mim, um aprofundamento reflexivo em seu pensamento que tem uma grande atualidade. Sua obra completa em alemão, composta de 30 artigos, foi publicada apenas em 2002. Este ano sairá publicado em português o livro Sabina Spielrein – pioneira da psicanálise (Obras completas- vol.1). Os trabalhos de Spielrein puderam ser conhecidos através do italiano Aldo Carotenuto, analista junguiano, que em outubro de 1977 publicou o conteúdo de uma caixa-mala que foi encontrada nos porões do Palais Wilson, em Genebra, a antiga sede do Instituto de Psicologia, alguns documentos relacionados a Jung, Freud e Sabina Spielrein. Sabina Spielrein – Pioneira da psicanálise (Obras Completas – Vol. 1), em português. A edição desses documentos resultou no livro *Diário de uma secreta simetria*, escrito em 1977, marco inicial das pesquisas sobre a vida e a obra da psicanalista pioneira.

Ao analisar os textos encontrados no início dos anos 1970,

nomeados *Dossier Spielrein*, um achado arqueológico, pode-se afirmar que Sabina foi a visionária introdutora do conceito de pulsão de morte em psicanálise, ainda que outros germes estivessem presentes, no campo psicanalítico, em Freud, Stekel e Abraham. Isso se deu no seu ensaio de 1911, *A destruição como origem do devir*. Nele, a origem do conceito de pulsão de morte é antecipadora do percurso freudiano e está em profunda ligação com a ruptura entre Jung e Freud. O surgimento desse conceito está diretamente relacionado às questões clínicas do atendimento de Spielrein a pacientes esquizofrênicos na clínica Burghölzli, o hospital psiquiátrico da Universidade de Zurique e com as questões teóricas levantadas em seu primeiro ensaio, *Sobre o conteúdo de um caso de esquizofrenia*, tese defendida na Faculdade de Medicina da Universidade de Zurique, em 1910 (primeira tese de psicanálise defendida na universidade por uma mulher) e publicada no ano seguinte no *Jahrbuch*. Sabina é a primeira a utilizar o recém-criado conceito de esquizofrenia (antes mesmo de seu autor, Eugen Bleuler, que só publicaria um livro sobre essa patologia em 1911). Como ela mesma conclui, suas reflexões fazem parte da *nova psiquiatria*, movimento de implantação da psicanálise no coração da psiquiatria, que se deu na clínica Burghölzli, na primeira década do século XX, dando-lhe novo fôlego para a compreensão e intervenção no sofrimento psicótico.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A PRÁTICA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO: considerações introdutórias

Rodrigo Dal Ben⁴⁹

Márcio Felipe Tardem⁵⁰

Victor Rodrigo Tardem Delefrati⁵¹

RESUMO:

Diversos fatores podem ser abordados ao discutir a prática da Análise do Comportamento com pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Nosso objetivo é apresentar um panorama, introdutório, dos assuntos que um estudante ou profissional deve estar atento. Primeiro, nós abordamos aspectos da prática médica com o TEA, critérios diagnósticos, incidência, causas e trabalho conjunto; Depois, apresentamos aspectos sobre a Análise do Comportamento enquanto sistema psicológico, sobre a análise do comportamento aplicada e a prática junto a pessoas diagnosticadas com TEA.

Palavras-chave: Transtorno do espectro autista; Autismo; Análise do Comportamento.

Há muito que falar sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a prática da Análise do Comportamento (AC). Há pelo menos 30 anos a AC se interessa em desenvolver intervenções para o transtorno. Obviamente, nesse texto não pretendemos cobrir todo o percurso percorrido nessas três décadas. Ele foi escrito para alunos que iniciam seus estudos em AC. Nós buscamos apresentar, em caráter didático e introdutório, um panorama sobre a atuação fundamentada em AC junto a pessoas diagnosticadas com TEA. O texto inicia com as características médicas do TEA e depois aborda aspectos da prática da Análise do Comportamento.

Dentre os diversos aspectos da caracterização médica do transtorno (uma visão geral pode ser encontrada na primeira seção

49 Universidade Federal de São Carlos - Bolsista de mestrado da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (processo 2013/24761-0).

50 Faculdade de Jandaia do Sul e Instituto de Psicologia e Análise do Comportamento

51 Instituto de Psicologia e Análise do Comportamento

de CAMARGOS Jr., 2005), nossa atenção será focada em critérios diagnósticos; incidência; causas; e trabalho conjunto.

Duas classificações norteiam o diagnóstico médico do TEA: a Classificação Internacional de Doenças, décima edição (CID-10, 2002) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5, 2013). Considerando sua atualidade e relevância, nossa análise será focada no segundo manual.

O DSM-V apresenta cinco critérios diagnósticos para a identificação do TEA, apresentados na Tabela 1. Os critérios A e B indicam déficits e excessos comportamentais e sociais fundamentais para o diagnóstico precoce do transtorno. Quando comparamos os critérios diagnósticos do DSM-IV (2002), com o qual os estudantes estão familiarizados, notamos algumas diferenças. Entre elas está a própria nomenclatura do transtorno. Na versão anterior, o nome dado era *Transtorno Autista*, enquanto a versão atual traz *Transtorno do Espectro Autista*. O acréscimo da palavra **espectro** pode passar despercebido num primeiro momento, mas, ele reflete uma mudança na forma de encarar o transtorno. A noção de espectro implica que dentro do mesmo transtorno existem diferenças individuais marcantes, por exemplo, pessoas que apresentam habilidades bem desenvolvidas para o autocuidado, participação em escolas de ensino regular etc., enquanto outras pessoas apresentam déficits severos que as impede de participar nas mesmas atividades. Bem como, e talvez esse seja o ponto mais interessante para a Psicologia, o diagnóstico pode variar para uma mesma pessoa a depender das mudanças advindas de intervenções efetivas. Por exemplo, uma pessoa diagnosticada com autismo clássico (preenchendo todos os critérios de diagnóstico) pode evoluir de modo a desenvolver habilidades de autocuidado, fala e interação social, deixando de cumprir os critérios para o autismo clássico, passando para o autismo verbal, ou de alto funcionamento, ou mesmo não exibir mais os critérios diagnósticos.

Com base em estudos internacionais, principalmente os do Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC – sigla inglesa),

estima-se que dois milhões de brasileiros se enquadram nos critérios diagnósticos do TEA. Estudos nacionais estão sendo realizados (RIBEIRO, 2007). A prevalência entre meninos e meninas também é estimada com base em dados internacionais, sendo a proporção de uma menina para cada quatro meninos (para um panorama sobre os dados internacionais, ver: *Center of Disease Control*, 2014).

As causas precisas do TEA são desconhecidas. Algumas pesquisas indicam o papel de fatores genéticos (GEIER; KERN; GEIER, 2010; LINTAS; PERSICO, 2008), nesse sentido, o pesquisador brasileiro Allyson Muotri está realizando pesquisas promissoras (para um panorama sobre a linha de pesquisa ver: MUOTRI, 2010). Outras pesquisas abordam a importância e influência da estimulação do contexto ambiental durante os primeiros anos de vida como fatores críticos para o desenvolvimento do TEA (DRASH; TUDOR, 2004).

Uma vez diagnosticado o TEA, nossa prática clínica⁵² tem mostrado que a atuação alinhada com médicos (neurologistas, pediatras etc.) produz intervenções mais efetivas. Por exemplo, considerando que não há marcadores genéticos para o TEA e o diagnóstico é feito com base em observações comportamentais, os médicos podem se valer de instrumentos de identificação precoce decorrentes de pesquisas psicológicas (SILVA; MULICK, 2009); e, uma vez identificado o TEA, a intervenção multidisciplinar alinhada costuma ser a melhor alternativa. Alguns estudantes podem encarar a prática médica, geralmente com psicofármacos, como oposta à intervenção da AC. Porém, é preciso lembrar que o critério de efetividade de uma intervenção deve ser medida a partir da melhora do cliente—geralmente mais expressiva quando há alinhamento entre profissionais.

52 As experiências advindas das práticas clínicas citadas durante o texto decorrem, principalmente, da atuação do segundo e terceiro autor.

Tabela 1

Critérios diagnósticos do DSM-V (2013).

Critérios diagnósticos

A. Déficits clinicamente significativos e persistentes na **comunicação social** e nas **interações sociais** entre vários contextos, atuais ou históricos, manifestados conforme segue:

1. Déficits na reciprocidade sócio emocional (e.g., falhas na conversação, ao iniciar ou manter interações sociais, ao compartilhar interesses e sentimentos);
 2. Déficits na comunicação não verbal usadas para interação social (e.g., falhas na integração entre comportamento verbal e não verbal, na linguagem corporal, no contato visual, uso de gestos);
 3. Déficits no desenvolvimento e manutenção de relacionamentos sociais (e.g., dificuldades em fazer amigos, em participar de atividade de imaginação, ausência de interesse por colegas).
-

B. **Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades**, atual ou histórico, manifestados por pelo menos duas das maneiras abaixo:

1. Estereotipia em movimentos físicos, uso de objetos ou discurso (e.g., alinhar todos os brinquedos, ecolalia, frases únicas);
 2. Insistência por rotinas, padrões verbais e não verbais ritualizados (e.g., estresse excessivo frente a pequenas mudanças como troca de roupa ou comida);
 3. Interesses muito restritos e com intensidades anormais (e.g., preocupação com objetos);
 4. Hiper ou Hipo-reatividade sensorial a estímulos ou interesse por aspectos sensoriais incomuns do ambiente (e.g., temperatura, textura, cheiro).
-

C. Os déficits devem estar presentes no início do período de desenvolvimento (mas podem não aparecer até que as demandas sociais ultrapassem suas capacidades ao longo da vida);

D. Os sintomas devem causar prejuízos sociais, ocupacionais ou em outras áreas importantes de modo significativo;

E. Os sintomas não são melhor explicados por outros critérios diagnósticos.

Diversos pontos podem ser abordados sobre a prática da

Análise do Comportamento com o TEA. Considerando os objetivos do texto, nós abordaremos a Análise do Comportamento enquanto sistema psicológico; a análise do comportamento aplicada; e a prática com pessoas com TEA. Cabe a ressalva de que o tratamento que dispensamos não é exaustivo, nós buscamos apresentar um panorama amplo sobre cada um deles, cabe ao leitor a tarefa de buscar as fontes indicadas.

A Psicologia é caracterizada por sua diversidade de explicações e formas de investigação. Ao menos dois critérios permitem diferenciar um sistema psicológico de outro: o objeto de estudo e o método (TOURINHO, 2006). Com relação ao objeto (aquilo que se busca conhecer) o analista do comportamento, fundamento no behaviorismo radical, não se ocupa com o estudo do contexto ambiental isoladamente, como se as causas do comportamento pudessem ser encontradas no ambiente. Ele nem tampouco se ocupa com o estudo dos organismos isoladamente, como se eles fossem agentes iniciadores do comportamento. Conforme apontado por Matos (1999, p.46), “o behaviorista radical (...) estuda e trabalha com contingências de reforçamento, isto é, com o comportar-se dentro de contextos.”. O objeto de estudo da AC é caracterizado pelas relações de contingência entre organismos e contextos ambientais. A discussão sobre o objeto da AC pode ser encontrada em diversos autores (TODOROV, 2007; TOURINHO, 2009).

Com relação ao método de estudo (como se investiga) o analista do comportamento se vale de métodos científicos que permitem a busca por previsão e controle do comportamento, em outras palavras, busca-se regularidades (SKINNER, 1965; CATANIA, 1999). A ciência da AC se caracteriza pelo tripé entre: análise experimental do comportamento, ocupada com investigações que clarificam ou descobrem princípios fundamentais das relações comportamentais (e.g., CASTRO; MACHADO, 2012); análise aplicada do comportamento, ocupada com investigações sobre relações comportamentais socialmente relevantes e que permitem o

desenvolvimento de tecnologias aplicadas (e.g., FISCHETTI et al., 2012); behaviorismo, que se ocupa da análise conceitual e filosófica dos dados empíricos, identificando possíveis áreas de pesquisa e propondo extrapolações teóricas (e.g., TOURINHO, 2006). A prática fundamentada em AC (seja na clínica, na organização, no hospital etc.) pode ser considerada como um quarto domínio da AC. Ela se ocupa com o planejamento e desenvolvimento de intervenções voltadas para a modificação de contingências socialmente relevantes e se relaciona diretamente com os achados da análise do comportamento aplicada, considerada como:

A ciência em que táticas derivadas dos princípios do comportamento são aplicadas sistematicamente para melhorar comportamentos de relevância social e a experimentação é usada para identificar variáveis responsáveis pela mudança comportamental. (Cooper et al., 2007, p. 20 – tradução livre)

A interação entre prática e pesquisa é o núcleo da análise do comportamento aplicada. Em 1968, Baer, Wolf e Risley descreveram sete critérios básicos que uma prática (de pesquisa ou prestação de serviços) deve cumprir para ser considerada parte da análise do comportamento aplicada, os critérios foram reafirmados em 1987—considerando os objetivos do presente texto, não descreveremos aqui os sete critérios, porém, encorajamos os leitores a buscar os textos originais, ambos disponíveis gratuitamente no portal do *PubMed Central*.

Os critérios propostos por Baer et al., servem ao balizamento de práticas fundamentadas em AC em qualquer campo de atuação (clínica, educação especial, trânsito etc.). A prática com pessoas diagnosticadas com TEA não é exceção. Esta deve seguir objetivos operacionalizados, intervenções sistemáticas, e medidas precisas que possibilitem auto avaliação constante.

As intervenções dos profissionais fundamentados na AC

podem ser divididas em quatro fases amplas que se repetem ao longo da intervenção: avaliação comportamental; seleção de objetivos; elaboração de programas; intervenção propriamente dita/avaliação constante (WINDHOLZ, 2005; BRAGA-KENYON; KENYON; MIGUEL, 2005).

Durante a primeira avaliação comportamental, o profissional busca mensurar o repertório inicial do indivíduo com TEA. Déficits e excessos comportamentais são medidos. O profissional pode utilizar de análises funcionais experimentais (por exemplo, IWATA et al., 1994), ou descritivas, que envolvem o uso de *checklists* com os responsáveis, aplicação de testes (SUNDBERG, 2008, apresenta uma forma padronizada para a avaliação de relações verbais), e observação diretas. Informações também podem ser obtidas por meio de entrevistas com pais ou responsáveis, por meio da análise de filmagens, álbuns fotográficos (para um tratamento detalhado sobre diferentes formas de coleta de dados, ver: COOPER et al., 2007, cap.3).

Uma vez levantado o repertório inicial do indivíduo com TEA, a intervenção passa para a próxima fase. Vale lembrar que a avaliação comportamental é parte essencial da prática fundamentada em AC, logo, ela estará presente durante toda a intervenção e os dados coletados ao longo dos arranjos de contingências serão comparados constantemente com os dados da avaliação inicial (BRAGA-KENYON et al., 2005).

A partir do repertório inicial, o profissional traça objetivos para a intervenção. Como o analista do comportamento trabalha com contingências, os objetivos deverão envolver, necessariamente, contingências. Eles devem ser mensuráveis (operacionalizáveis), relevantes para o cliente (considerando seu contexto social) e divididos em objetivos de curto e longo prazo (BRAGA-KENYON et al., 2005; COOPER et al., 2007). O tamanho, ou a abrangência, dos objetivos varia de acordo com o repertório de cada indivíduo. Por exemplo, o objetivo de longo prazo: “*tomar banho*” pode ser composto dos objetivos de curto prazo: 1. Entrar no banheiro (corpo totalmente

dentro do banheiro); 2. Acender as luzes; 3. Tirar a roupa; 4. Colocar a roupa no cesto de roupa suja; 5. Entrar no Box; 6. Ensaboar o corpo (...).

Uma vez estabelecidos os objetivos da intervenção, o profissional elabora programas de ensino. Um programa de ensino envolve o arranjo especial de contingências que aumentam a probabilidade de comportamentos-alvo (objetivos). Para que o programa cumpra sua função, pelo menos cinco critérios devem ser respeitados. Primeiro, o indivíduo com TEA deve ser ativo durante todo o processo; segundo, deve ser apresentada uma tarefa por vez e o indivíduo deve completar cada tarefa antes de passar para a próxima; terceiro, as tarefas devem ser fragmentadas em quantas partes forem necessárias (considerando os objetivos); quarto, dicas (*prompts*) devem ser fornecidas sempre que necessário, elas podem acrescentar estímulos ou retirá-los (um esquema detalhado de possíveis *prompts* pode ser encontrado em DILLON, 2014); quinto, ao acertar, o profissional, ou algum equipamento, deve apresentar consequências, via de regra reforçadoras (SKINNER, 1972). Os programas podem ser elaborados a partir de quaisquer materiais disponíveis, desde descartáveis até equipamentos eletrônicos.

A intervenção, propriamente dita, envolve a aplicação dos programas de ensino e pode se dar por meio do ensino formal ou informal. No ensino formal, o principal objetivo é ensinar ou aumentar a frequência de relações comportamentais deficitárias e diminuir a frequência de excessos comportamentais. Para tanto, o profissional arranja contingências de modo a evitar estimulações indesejadas, as atividades são apresentadas em ordem pré-definida, eventos consequentes e antecedentes são planejados (levando em conta suas funções discriminativas e motivacionais—LARAWAY et al., 2003), e o registro de dados é extensivo. Geralmente, essa forma de ensino leva o nome de Ensino por Tentativas Discretas e se dá, preferencialmente, por meio de intervenções individualizadas profissional-indivíduo, garantindo a eficiência do arranjo (STEEGE; MACE, 2007).

Na situação de ensino informal os principais objetivos são o aumento de contato social e generalização de comportamentos aprendidos em situação formal. As atividades são contínuas e, justamente por isso, o profissional deve estar atento para as contingências (sociais ou não) de modo a criar oportunidades de ensino e generalização. Contato com amigos e participação em eventos sociais são exemplos de situações de ensino informal. Geralmente o nome dado é Treino em Situação Natural (HART; RISLEY, 1975). Tradicionalmente, nós consideramos situações de ensino como descoladas de situações não planejadas, porém, devemos estar atentos para o fato de que a aprendizagem ocorre constantemente.

A prática da AC junto a pessoas diagnosticadas com TEA tem se mostrado de grande valor. Tal valor está amparado em pesquisas empíricas que comprovam sua eficiência. A seguir resumimos a pesquisa clássica de Lovaas (1987) a título de ilustração. Os leitores são encorajados a acessar as pesquisas do *Journal of Applied Behavior Analysis*, ou do *The Analysis of Verbal Behavior*, por exemplo.

Lovaas (1987) comparou o tratamento fundamentado em AC com outros fundamentados em outros sistemas. Participaram 38 crianças divididas em grupo experimental e grupo comparação; todos os participantes tinham o diagnóstico de autismo e testes de QI indicando atrasos cognitivos. Os participantes do grupo experimental participaram de intervenções fundamentadas em AC com duração de 40 horas semanais durante dois anos, instrução um a um (profissional-aluno) e intervenção tanto em ambiente controlado quanto ambiente natural. O grupo controle passou por tratamentos de 10 horas semanais, na situação um a um (professor-aluno). Após dois anos, 47% dos participantes do grupo experimental atingiram níveis normais de QI, em contraposição a 2% dos participantes do grupo comparação; 40% apresentaram atraso cognitivo médio, em contraposição a 45%; 10% dos participantes do grupo experimental apresentaram retardo mental severo, em contraposição a 53% dos participantes do grupo comparação.

Dados confiáveis advindos de pesquisas e práticas com metodologias bem delineadas devem ser o objetivo de toda atividade fundamentada em AC. Evidentemente, cada contexto possui particularidades as quais qualquer pesquisa ou intervenção está sujeita. Por exemplo, nossa experiência clínica indica que dificilmente uma família pode arcar financeiramente com quarenta horas semanais de tratamento individualizado. Outro ponto que observamos é que para que haja efetividade do tratamento não intensivo, o profissional deve desenvolver estratégias de coleta de dados, orientação e trabalho conjunto com familiares, cuidadores, professores e outras pessoas que interagem frequentemente com o indivíduo diagnosticado com TEA.

Buscar o engajamento da família ou responsáveis na intervenção é outro papel fundamental do analista do comportamento. Informar a família sobre amparo legal para pessoas com TEA (por exemplo, lei 12.764/12) e fornecer dados acessíveis sobre a intervenção de modo a permitir a avaliação da família sobre a efetividade das intervenções (conforme indicado por ABAI, 2007) permitem que a família participe ativamente durante a intervenção. O profissional também pode se valer de recursos eletrônicos de orientação aos responsáveis, por exemplo, por meio do projeto *Simple Steps* (2014).

Outros desafios que devem ser encarados pelos estudantes ou profissionais interessados no estudo e aplicação da AC com pessoas diagnosticadas com TEA envolvem a formação e qualificação. Os cursos de graduação em Psicologia, geralmente, dispõem pouco tempo nas especificidades do tratamento com indivíduos com TEA. Existem poucos centros de formação no país. Entre eles estão: o Instituto Lahmiei Autismo (vinculado ao Laboratório de Aprendizagem Humana Multimídia Interativa e Ensino Informatizado da Universidade Federal de São Carlos) oferece um curso de especialização em Análise do Comportamento aplicada ao autismo (sítio eletrônico nas referências); o Centro de Atendimento e Inclusão Social (vinculado à Universidade de São Paulo) oferece oportunidades de estágio em atendimentos junto a pessoas diagnosticadas com TEA e orientações

aos seus responsáveis (sítio eletrônico nas referências); o grupo de intervenção comportamental Gradual (situado em São Paulo) oferece um curso de aprimoramento em Análise do Comportamento aplicada ao TEA (sítio eletrônico nas referências); e o Instituto de Psicologia e Análise do Comportamento (situado em Londrina) oferece cursos de curta duração (sítio eletrônico nas referências).

Em resumo, a prática do analista do comportamento com indivíduos com TEA deve: estar alinhada com a prática de outros profissionais, estar fundamentada nos dados e metodologias confiáveis advindas da AC, e permitir a participação dos responsáveis na intervenção.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIATION FOR BEHAVIOR ANALYSIS (ABAI). **Consumer Guidelines**. 2007. Disponível em: <http://www.apbahome.net/downloads/AutGuidelines.pdf> ; acessado em Maio, 2014.
- BAER, D. M.; WOLF, M. M.; RISLEY, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 1(1), 91-97, 1968.
- BAER, D. M.; WOLF, M. M.; RISLEY, T. R. Some still-current dimensions of applied behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 20(4), 313-327, 1987.
- BRAGA-KENYON, P.; KENYON, S.; MIGUEL, C. Análise Comportamental Aplicada (ABA). In CAMARGOS JR., Walter *et al* (org.). **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio**. Brasília: CORDE, 2005, cap. XXIII, 148-154.
- BRASIL. **Lei 12.764/2012**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm ; acessado em Maio, 2014.
- CAMARGOS JR., Walter *et al* (org.). **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio**. Brasília: CORDE, 2005
- CASTRO, A. C.; MACHADO, A. The Interaction of Temporal Generalization Gradients Predicts the Context Effect. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, 97(3), 263-279, 2012.
- CATANIA, A. C. **Aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CENTER FOR DISEASE CONTROL – CDC. **Facts about Autism Spectrum Disorder**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html> ; acessado em Maio, 2014.

CENTRO DE ATENDIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL (CAIS). http://www.usp.br/leov/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=68 ; acessado em Maio, 2014.

COOPER, J. O.; HERON, T. E.; HEWARD, W. L. **Applied behavior analysis**. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2007.

DILLON, L. H. **Types of Prompts**. S/D. Disponível em: <http://www.appliedbehavioranalysis.com/types-of-prompts/> ; acessado em Maio, 2014 ; acessado em Maio, 2014.

DRASH, P. W.; TUDOR, R. M. An Analysis of Autism as a Contingency-Shaped Disorder of Verbal Behavior. **The Analysis of Verbal Behavior**, 2, 5-23, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (fifth edition). American Psychiatric Association, 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV-TRTM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (Trad. Cláudia Dornelles). Porto Alegre: Artmed, 2002.

FISCHETTI, A. T. ; WILDER, D.; MYERS, K.; LEON-ENRIQUEZ, Y.; SINN, S.; RODRIGUEZ, R. AN Evaluation Of Evidence-Based Interventions To Increase Compliance Among Children With Autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 45 (4), 859-863, 2012.

GEIER, D.; KERN, J.; GEIER, M. The biological basis of autism spectrum disorders: Understanding causation and treatment by clinical geneticists. **Acta Neurobiology Experimentalis**, 70, 209–226, 2010.

GRUPO GRADUAL. <http://www.grupogradual.com.br/html/> ; acessado em Maio, 2014.

HART, B.; RISLEY, T. R. Incidental Teaching of Language in the Preschool. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 8(4), 411-420, 1975.

IWATA, B.; DORSEY, M.; SLIFER, K.; BAUMAN, K.; RICHMAN, G. Toward A Functional Analysis Of Self-Injury. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 27, 197-209, 1994.

LABORATÓRIO DE APRENDIZAGEM HUMANA MULTIMÍDIA

INTERATIVA E ENSINO INFORMATIZADO (LAHMIEI). <http://www.lahmiei.ufscar.br/> ; acessado em Maio, 2014.

LARAWAY, S.; SNYCERSKI, S.; MICHAEL, J.; POLING, A. Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 36(3), 407-414, 2003.

LINTAS, C.; PERSICO, A.M. Autistic phenotypes and genetic testing: state-of-the-art for the clinical geneticist. **Journal of Medical Genetics**, 46(1), 1-8, 2009.

LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n. 1, p. 3, 1987.

MATOS, M. A. Com o que o Behaviorismo Radical trabalha. In Roberto Alves Banaco et al. (orgs.) **Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 1999, 45-52.

MUOTRI, A. **Uma luz no fim do microscópio**. Entrevistador: Paiva Junior. São Paulo: Revista Autismo, 2010. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-1/entrevista-exclusiva-com-alysson-muotri-para-a-revista-autismo> ; acessado em Maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (vol.1 e 2)**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

REMINGTON, Bob et al. Early intensive behavioral intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. **American Journal on Mental Retardation**, 112(6), 418-438, 2007.

RIBEIRO, S. H. **Prevalência dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento no Município de Atibaia: um estudo piloto**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2007.

SILVA, M; MULICK, J. Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 29 (1), 116-131, 2009.

SIMPLE STEPS. Disponível em: <http://www.simplestepsautism.com/> ; acessado em Maio, 2014.

SKINNER, B. F. **Science and Human Behavior**. New York: Free Press, 1965.

_____. **Tecnologia do Ensino**. São Paulo: E.P.U., 1972.

STEEGE, M.W.; MACE C.F. Applied behavior analysis: beyond discrete trial teaching. **Psychology in the Schools**, 44(1), 2007.

SUNDBERG, M. L. **VB-MAPP Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program**: a language and social skills assessment program for children with autism or other developmental disabilities: guide. AVB Press: 2008.

TODOROV, J. C. A Psicologia como o Estudo de Interações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 23 (n. especial), 57-61, 2007.

TOURINHO, E. Z. Relações Comportamentais como objeto da Psicologia: algumas implicações. **Interação em Psicologia**, 10 (1), 1-8, 2006.

WINDHOLZ, M. A Terapia Comportamental com Portadores de TID. In CAMARGOS JR., Walter *et al* (org.). **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio**. Brasília: CORDE, 2005, cap. XII, p. 75-82.

UM APONTAMENTO SOBRE A FUNDAÇÃO DO SÍMBOLO NO PSIQUISMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Fernanda de Souza Borges⁵³

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender a operação mais primitiva da constituição possível de um sujeito inscrito na ordem da linguagem, tendo como intenção nos orientar no pensamento sobre a constituição das possíveis estruturas clínicas, ou a suspensão da estrutura, tendo como paradigma desta suspensão o autismo. Esta operação, donominei *Bejahung- Ausstossung*, baseada na leitura do texto freudiano “A Negativa”(1925), assim como os comentários de Lacan e Jean Hyppolite sobre este texto, contidos nos Escritos, entre outros.

Palavras-chave: *Bejahung* fundamental, simbólico, autismo.

INTRODUÇÃO

A motivação dessa pesquisa foi compreender como é possível que o significante faça o corte, o furo necessário ao surgimento de um sujeito, considerando que disto se abrirá ou não as possibilidades de estruturação. Em A Negativa(1925) Freud fará do símbolo da negação, não só responsável pelo fenômeno da denegação visto na clínica, mas fará deste símbolo o pilar fundamental para instauração da ordem simbólica, enquanto instalação da oposição entre o interior e o exterior, assim como a gênese da função do pensamento. Se diante do autismo nos perguntamos “porque a palavra não advém?”, trata-se aqui de compreender este primeiro ato de constituição simbólica. A questão principal é: como é possível a partir de uma satisfação prévia ao significante, inserir um sujeito na linguagem?

REFERENCIAL TEÓRICO

Bejahung- Ausstossung

As palavras em alemão significam respectivamente: afirmação e expulsão. A *Bejahung* constitui uma afirmação primordial à satisfação, e para que ela ocorra é necessário que ao mal-estar de um recém-nascido diante das pressões internas sobrevenha uma satisfação. Já a *Ausstossung*, expulsão, constitui o verso oposto da afirmação, é a formação de um símbolo dissimétrico. Assim há um juízo, cuja função é, segundo Freud é de afirmar ou negar um pensamento (baseado no fenômeno clínico da denegação). “A função do julgamento está relacionada, em geral, com duas espécies de decisões. Ele afirma ou desafirma a posse, em uma coisa, de um atributo particular, e assevera ou discute que uma representação tenha existência na realidade.”(p.266)

Estão aí o juízo de atribuição, e o juízo de existência, duas categorias de juízo presente na operação da *Bejahung-Ausstossung*, que consideramos a operação de criação do símbolo. No primeiro trata-se de introjetar ou expulsar um atributo de acordo com o princípio de prazer(ego-prazer). No juízo de existência o ego-realidade (desenvolvido a partir do ego-prazer) quer saber da existência real de algo do qual existe uma representação. Esses dois juízos dizem respeito a uma afirmação primordial à satisfação e a um segundo momento, mítico, onde há uma representação do objeto da satisfação. Esta representação será o significante unário.

Baseado na teoria da negação em Hegel, André Oliveira Costa(2008) busca fazer uma analogia entre a negação em Hegel, e um processo de negação presente na constituição da subjetividade. Apoiados nos textos já mencionados, buscamos neste trabalho compreender que negação primordial é esta, que Costa(2008) iguala ao par *Bejahung/Ausstossung*. Negação primordial presente na constituição psíquica, entendendo que este é o processo que faz a palavra advir.

No “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895) Freud deixa explícito que o organismo não pode realizar sozinho uma *ação específica* que seja capaz de cessar com a excitação interna. Então enquanto a criança reage de modo a chorar, gritar, existe uma pessoa

que irá a seu encontro para aliviar essa tensão. Desta maneira, repetidas vezes, até que esse recém-nascido tenha a capacidade de produzir uma representação do objeto, no caso citado o seio. Freud chama essa representação de “imagem mnêmica do objeto”(1845,p.371) ,que será “afetada pela ativação do desejo”(idem). Só assim se torna possível a alucinação citada anteriormente. Sua função é aliviar a tensão da estimulação endógena na ausência do objeto, é reanimar o objeto ilusoriamente.

Resumindo, a experiência de satisfação, organizadora do psiquismo, permite que seja formada no psiquismo uma representação do objeto, que será reanimada alucinatoriamente toda vez que as exigências endógenas se fizerem notar, no entanto, para própria preservação do organismo, e através dos inúmeros fracassos da alucinação, começa a se fazer necessário a distinção entre o que é real e o que é ilusão, sendo introduzido assim o modo secundário de funcionamento do organismo, o princípio de realidade.

Este processo, no qual há uma representação que sustenta uma satisfação autoerótica é denominado por Laznik-Penot(1997) de segundo tempo do circuito pulsional (o primeiro tempo seria aquele da admissão à satisfação). Para que se possa falar em autoerotismo já é necessária a presença de uma representação do Outro e mesmo de seu gozo, o que é inscrito sob a forma do traço mnêmico. Este traço, retirado da relação ao Outro, na experiência de satisfação será o significante do ser, mestre, mètre, m'être. Significante com valor de signo, que a partir da negação pode abrir a cadeia significativa ao saber do Outro. Este é o tempo da alienação fundamental.

Segundo Costa(2008) “Este signo que podemos chamar de signo linguístico, registro das primeiras experiências do sujeito, organizado por associações de simultaneidade, segundo Lacan, é o nascimento do simbólico. O signo sofrerá forçosamente, por sua vez, o processo de negação, a fim de que se construa o registro do inconsciente”

As consequências desse movimento são que através dele houve um aprimoramento dos órgãos do sentido e da percepção, permitindo o desenvolvimento de habilidades como a atenção, a memória, notação, pensamento, ação. A formação do pensamento é de extrema importância, uma vez que permitirá ao organismo tolerar uma certa quantidade de excitação, desenvolvendo desta forma a capacidade de espera, tolerância, e por outro lado permitirá isolar uma parte dos instintos que não será atingido pelo princípio de realidade, que são as fantasias.

Freud está investigando essa origem do pensamento, e com isso a origem do simbólico, uma vez que o simbólico se caracteriza pela presença na ausência, o apoio da satisfação numa representação de objeto é exatamente a presença do objeto em sua ausência concreta. Será neste momento em que uma satisfação (*Bejahung*) se enlaça a uma representação (que antes fora percepção) que é possível prescindir do objeto, produzindo assim o outro lado da moeda da negação primordial, *Ausstossung* do objeto, expulsão, perda.

Esta operação, cria através da expulsão do objeto enquanto aquilo que não pertence ao campo da representação, a divisão fundamental entre o simbólico e o real.

O que se passa então no autismo? Será que embora haja *Bejahung*, não consegue o autista agarrar uma representação para alucinar a satisfação, e desta maneira não há perda do objeto, fundando a divisão entre simbólico e real? A palavra que não advém no autista é aquela que funda a possibilidade da ausência do objeto, é aquela que no grito do bebe em busca da satisfação faz um apelo ao outro, dando abertura para a porta da demanda e assim, quem sabe, do desejo. A palavra que não advém é aquela, que produz uma parada no gozo, aparelhagem no puro gozo, fazendo uma barreira ao gozo desenfreado e ao mesmo tempo lhe dando uma via de escoamento. A palavra que não advém é aquela que vem ocupar o lugar da falta do objeto, estabelecendo uma relação deste sujeito com a falta, e não com o objeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos a partir da pergunta “porque no autista a palavra não advém?”, que para o advento da linguagem em sua função é preciso que se dê um processo de instauração simbólica, que opera através de uma negação primordial. Processo no qual se fundam o real e o simbólico como polos opostos. Esta gênese dos registros se passa no tempo do autoerotismo, em que a criança pode inscrever uma marca mnêmica do objeto da satisfação, ou seja, encontra a satisfação na ausência do objeto, e na existência da representação. Não será esta a lei primordial do símbolo? Presença na ausência?

Estudar o autismo é ter a dimensão do que pode a palavra, na transformação do homem em ser humano. É uma compreensão da linguagem, na medida em que esta não há.

REFERÊNCIAS

Costa, A. O. A negação na constituição psíquica: o problema da afirmação-expulsão. **Revista eletrônica dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da PUCRS**, v.1, n.2. p.33-48. Rio Grande do Sul: EDIPUCRS, 2008. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/intuitio/article/view/4199/0>. Acessado em 01 de fevereiro de 2014.

Freud,S. (1895[1950]) Projeto para uma Psicologia Científica. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1925) A Negativa. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Hyppilote,J. Comentário falado sobre a Verneinung de Freud. In: LACAN, J. (org.) **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 893-902.

Lacan,J. Resposta ao comentário de Jean hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In: _____ **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

Laznik-Penot, M.C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: Wanderley, D. de B. (org.) *Palavras em torno do berço*. Salvador, Editora Ágalma, 1997.

UMA LEITURA DA TRAGÉDIA GREGA SETE CONTRA TEBAS A PARTIR DA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: articulando a mitologia grega à dimensão trágica do psiquismo

Nayara Caroline Milharesi⁵⁴

Orientador: Paulo José da Costa⁵⁵

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar uma confluência entre mitologia grega e psicanálise, demonstrando o quanto a intersecção desses dois tipos de saberes podem ampliar o conhecimento e o pensamento psicanalítico, bem como a escuta clínica, uma vez que o mito contempla a expressão do humano e, por conseguinte, de seu psiquismo, promovendo uma articulação entre ambos, no tange ao aspecto trágico tanto das tragédias, quanto do psiquismo humano. Para tanto, são abordados alguns conceitos bionianos, como cesura e mudança catastrófica, relacionando-os à trajetória do herói que atravessa a fronteira entre o conhecido e o desconhecido, rumo ao encontro consigo mesmo, rumo à suas origens, ao seu autoconhecimento. Por fim, a partir da leitura de Sete Contra Tebas, de Ésquilo (2007) traçamos algumas associações entre alguns elementos textuais da obra às compreensões psicanalíticas. **PALAVRAS-CHAVE:** Mitologia, Psicanálise, Sete contra Tebas, Dimensão Trágica do Psiquismo.

Ao articularmos a mitologia grega e a psicanálise, podemos tecer associações que contribuem ao pensamento psicanalítico, bem como a escuta clínica, uma vez que o mito contempla a expressão do humano e, por conseguinte, de seu psiquismo, o qual, a cada nova etapa de desenvolvimento passa por um momento de turbulência emocional, correspondendo ao que estamos chamando como dimensão trágica do psiquismo. Se houver uma tolerância suficiente para passar por este

54 Psicóloga Clínica. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, bolsista CAPES, membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise e Desenvolvimento Humano (CNPq-UEM). E-mail: nayaramilharesi@hotmail.com

55 Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá na graduação e no Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia, coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise e Desenvolvimento Humano (CNPq-UEM). E-mail: pjcosta@uem.br

momento de turbulência, tanto a mente como o sujeito adquirem novas potências para lidar com o desenvolvimento e com as peripécias de cada etapa da vida, até que surja um novo momento de crescimento, trazendo consigo outro período turbulento.

Essa experiência emocional do conhecido rumo ao desconhecido, ao novo, foi denominado por Bion (1977) como Cesura, compreendendo momentos paradoxais entre algo que se rompe e algo que tem continuidade, entre algo que pode se ampliar e algo que pode ficar a repetir-se ao longo da vida sem que nada seja acrescentado. Esse caminho nos faz lembrar o percurso trilhado pelo herói das tragédias gregas, onde este, em determinado momento, atravessa a fronteira entre aquilo que o protege, por ser conhecido, rumo ao perigoso, ao desconhecido. Perrini (2009), ao escrever sobre cesura, poetiza que “o desconhecido não cabe dentro do útero para sempre: ou o conforto é rompido ou segue nos induzindo à repetição. E repetir é muito agradável. Podemos fazer arranjos que parecem novidades. Geralmente são armadilhas. A novidade é absolutamente incontrolável” (p. 71).

Compreendemos que os mitos gregos intuem esse momento de desembocar em algo novo, representando tanto nas narrativas orais, ou nas encenações teatrais, aquilo que diz respeito ao humano, sem desconsiderar o custo deste processo. Para Migliavacca (2003, p. 70), “os mitos gregos revelam, desde seu início, uma extraordinária apreensão da condição humana, da relação do homem consigo mesmo, com os fenômenos que o rodeiam desde sempre e com a percepção de si”. É nesse sentido que seus enredos podem contribuir com a psicanálise, sendo tomados não simplesmente como relatos de um tempo perdido, que fora transmitidos aos homens pelos deuses, mas como uma narrativa analítica, como a que acontece em uma sessão de análise, ou como um relato de um sonho, ou seja, como algo que abarca os fenômenos humanos passíveis de tecer compreensões a respeito.

É importante mencionar que a palavra mito provém do grego *mythos* e significa fábula, tratado, narrativa dos tempos fabulosos e

heroicos (MARTINEZ, 2009). Trata-se, segundo a autora, do relato de acontecimentos transmitidos pelos deuses e apenas comunicados pelos homens, de tal maneira que não pode se questionar sua veracidade. Ao longo dos séculos, o mito se encontra presente em duas formas de apresentação, “(...) a épica e a tragédia, isto é, a narrativa poética e a representação teatral” (MIGLIAVACCA, 2003, p. 70). Na primeira, a ação humana fica restrita à influência divina, aos poderes e desejos dos deuses. Na segunda, o herói assume a responsabilidade da escolha de suas atitudes e é nisso que aparece o elemento trágico, pois mesmo sabendo dos riscos, o herói não deixa de perseguir seu caminho.

Migliavacca (2002) aponta que o herói “retrata a experiência do sofrimento no desenvolvimento humano e sua grandeza está justamente nas condições de enfrentamento e superação das consequências de suas ações, que lhe cobraram altos preços. A grandeza é atributo decorrente da conquista da consciência e do reconhecimento da condição humana (...). Visto por esse ângulo, o herói grego pode ser tomado como modelo tanto para comportamentos como para o desenrolar de conflitos psíquicos (MIGLIAVACCA, 2002, p. 253). Essa é a principal peripécia do herói que interessa à psicanálise, pois nele está representado a condição humana e o sofrimento que esta condição nos impõe.

Nesse sentido, a psicanálise também denota um aspecto trágico, visto que conhecer-se a si mesmo, é um processo doloroso e transformador, o qual, em termos bionianos, compreender o crescimento psíquico e suas vicissitudes gera o que Bion (1971) chamou de mudança catastrófica. Wolff, Carvalho e Costa (2012, p. 3) comentam que “(...) o termo *mudança catastrófica* foi cunhado por Bion para designar um processo mental que subverte a ordem do funcionamento psíquico de maneira tão turbulenta e brusca que gera sensações desastrosas, por se configurar numa alteração desorganizadora do sistema constituído até então (destaques dos autores). Migliavacca (2004, p. 845), define “o homem psicanalítico, como um ser que vive um conflito (...) consigo mesmo e com o mundo!”, assim como o herói trágico e sintetiza o

processo psicanalítico dizendo que “conhecer-se é trágico, não se conhecer é desastroso” (MIGLIAVACCA, 2004, p. 864). Destarte, a presença de elementos mitológicos não se configura como um aspecto inovador no campo psicanalítico, pelo contrário, encontra-se presente desde os seus primórdios, quando a associação entre mitologia grega e psicanálise foi pensada pela primeira vez, por seu fundador Sigmund Freud (1856-1939). O referido autor percebeu em si o fenômeno de se apaixonar por sua mãe e ter ciúmes de seu pai. E a partir dessa compreensão, Freud pode formular o conceito do Complexo de Édipo, que como bem se sabe não se resume apenas ao amor pela mãe e à rivalidade pelo pai.

Neste trabalho, pretendemos a partir da leitura e apresentação do enredo de “Sete Contra Tebas”, de Ésquilo (2007), a qual narra uma guerra fratricida protagonizada pelos filhos homens de Édipo Rei com Jocasta, associar algumas passagens textuais às compreensões psicanalíticas. Ao pensar no destino trágico dos descendentes de Édipo e no conceito de cesura, podemos compreender a vivência de um momento de turbulência, gerada por um novo período na vida dos dois irmãos, herdeiros do trono e que diante de um momento paradoxal, entre a paz e a guerra, entre ampliar as possibilidades e resolverem em um acordo benevolente para ambos ou acabar com tudo em um embate fatal, predomina a tragédia, o que nos leva a pensar na maldição que o pai Édipo profere aos filhos quando é expulso de Tebas. Nesse sentido, poderíamos considerar um aspecto transgeracional, uma vez que desde a geração de Laio a família carrega uma maldição, pelo fato de Laio ter sido desrespeitoso com o filho de um anfitrião que lhe hospedava. Compreendemos que o encontro mortal e a maldição dos labdácidas presentes nessa tragédia elucidam o aspecto trágico da obra, bem como do psiquismo ao pensarmos nas vivências em que não se consegue romper com o que está posto, repetindo-se padrões indefinidamente, não conseguindo produzir transformações a partir das cesuras do desenvolvimento, ficando a mercê das repetições, o que atrofia a mente, podendo levar a morte psíquica, quando não é possível

pensar os pensamentos, quando não se atribui sentido a nenhuma de suas ações, não se almeja nada, não se constrói nada, quando cessam os movimentos e a vida para de pulsar, ocorrendo uma estagnação mental.

Outros elementos podem ser articulados ao pensamento psicanalítico, como a questão do humano x divino; da sorte x aptidão; dos combatentes que blasfemam os deuses, mas oferecem sacrifício aos mesmos, internalizando os deuses ao molhar a mão no sangue do touro sacrificado. Também é possível pensarmos no vidente que aceita cumprir seu destino, porém questiona a atitude de Polinice, conseguindo pensar, ou seja, consegue atribuir um sentido ao seu ato, como a teoria bioniana do pensamento propõe. Em vários momentos percebemos o movimento de uma ação (impulso) x pensamento, o antagonismo de Polinice e Etéocles, em que o primeiro luta por vingança/justiça e o segundo por arrogância e pela manutenção narcísica de seu reinado.

É possível pensar também na dificuldade de simbolização, que, na trama, aparece quando a cena se direciona a sétima porta, única porta que não tem nome. Esse fato nos remete a algo sem inscrição, sem contorno, é onde acontece a mistura e a morte dos irmãos. As irmãs Ismene e Antígona também aparecem neste episódio, assumindo posturas diferentes uma da outra. Enquanto Antígona demonstra um espírito mais inquieto, Ismene se posiciona de forma bastante adequada à sociedade e aos padrões de exigência da época. Esse posicionamento extremista entre ambas nos faz pensar em algumas dinâmicas fraternas que parecem se configurar como polares, ou seja, irmãos que se posicionam em extremos distintos, desenvolvendo personalidades opostas, sendo supostamente uma mais normativa e outra mais transgressora em relação às normais, leis e limites.

Destarte, ao associar mitologia grega e psicanálise não se procura fazer interpretações psicanalíticas dos personagens, pois a essência dos mitos seria esvaziada. Migliavacca (1998) aponta para o cuidado de se levar em conta o contexto histórico no qual os mitos e as tragédias foram produzidos. Nesse sentido, Milhares e Costa

(2014, p. 14) consideram que “os mitos gregos podem funcionar como elementos complementares a conceitos psicanalíticos, pois acrescentam em si a essência humana e, conseqüentemente, a essência psíquica”. Os referidos autores também apontam que cada vez que se lê uma tragédia grega, bem como um texto psicanalítico, emergem novas associações, assim como acontece nas sessões de análise, à medida que se fala sobre um mesmo assunto, novos vértices vão se abrindo, enxergando elementos que antes não podia ver.

REFERÊNCIAS

- BION, W. R. Mudança catastrófica. (Tradução de C. H. P. Affonso; M. R. M. Affonso). **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 6, n. 17, p. 18-26, 1971.
- BION, W. R. Cesura. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 123-136, 1981.
- ÉSQUILO. **Sete contra Tebas**. Tradução de D. Schüler. Porto Alegre: L & PM, 2007.
- MARTÍNEZ, V. C. V. Mito, historicidade e inconsciente. In: TOMANIK, E.; CANIATO, A. P.; FACCI, M. (Orgs.). **A constituição do sujeito e a historicidade**. Campinas: Alínea, 2009, p. 221-247.
- MIGLIAVACCA, E. M. O universo dos mitos e a compreensão psicanalítica do ser e estar no mundo. **Mudanças**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 139-150, 1998.
- MIGLIAVACCA, E. M. Dupla face do mito: modelo e função. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 251-262, 2002.
- MIGLIAVACCA, E. M. Mitos: expressão do humano. **Ide**, São Paulo, n. 37, p. 70-79, 2003.
- MIGLIAVACCA, E. M. A dimensão trágica do psiquismo: um ensaio. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 843-866, 2004.
- MILHARESI, N. C.; COSTA, P. J. “Conhece-te a ti mesmo” como um modelo para se pensar a experiência emocional. In: COSTA, P. J. (Org.). **Mitologia grega e psicanálise: reflexões**. Curitiba: CRV, 2014, p. 35-51.
- PERRINI, E. A. L. Uma aproximação ao mundo dos conteúdos oníricos e a cesura. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 71-79,

2009.

WOLFF, A. C.; CARVALHO, C. V.; COSTA, P. J. Dor mental, sofrimento e mudança. ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE E SEDUÇÃO GENERALIZADA, 1, 2012. **Anais do EBPSG**. Maringá, 2012, p. 1-10. Recuperado em 10 de novembro, 2013, de <http://www.ppi.uem.br/eventos/artigos/21.pdf>.

UMA LEITURA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A CID, O DSM E A PSICANÁLISE

Júlia Catani⁵⁶

O presente trabalho consiste em um seguimento do tema de dissertação da pesquisadora e analisa o modo como a psiquiatria e a psicanálise se propõem a estudar o sofrimento psíquico. Tendo em vista a extensão do que isto poderia representar, optou-se por restringir o desenvolvimento da pesquisa nos diagnósticos de transtornos somatoformes e na histeria. Esta experiência decorre de meu trabalho enquanto psicóloga junto à equipe do Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) localizada no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Ao iniciar o meu percurso como membro do SOMA, em 2009, logo conclui que deveria realizar alguns estudos para entender melhor o que era este transtorno psiquiátrico que acompanharia e que não soava nebuloso apenas para mim, como para os psiquiatras e os médicos de outras especialidades. Até hoje este diagnóstico de transtornos somatoformes é alvo de críticas entre os autores que questionam a fidedignidade da identificação da doença, visto que os sintomas não podem ser confirmados por procedimentos e exames laboratoriais. Para alguns teóricos, o fato deste transtorno ocorrer por exclusão torna possível pensar que esta nomeação é duvidosa quanto à sua realidade (Coelho et al, 2007).

Com isto, para melhor compreender este transtorno realizei um percurso histórico por todas as edições publicadas da CID e do DSM , pois na Instituição fui descobrindo que, pouco se pode fazer numa equipe ou em nosso próprio trabalho se não conhecemos a especialidade e o campo de pesquisa dos nossos colegas além dos nossos próprios. Hoje,

56 Psicóloga do Ambulatório de Transtornos Somatoformes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - FMUSP. Psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae. Mestranda em Psicologia Clínica pela USP com o apoio do CNPq e sob orientação da Profª Drª Maria Abigail de Souza. Membro do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (LATESFIP - USP). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPISC) e em Saúde Mental (IPq-HCFMUSP).

posso falar a respeito de um funcionamento psíquico e argumentar com outros profissionais de saúde mental de modo a me fazer escutada e não me limitando aos jargões “*psis*”. Tal como acredito, dentro da instituição de saúde, realizar o diagnóstico diferencial e compreender mais sobre um tipo de sofrimento psíquico é sinônimo de parceria. Um processo multidisciplinar requer responsabilidade de todas as partes envolvidas no processo diagnóstico: paciente, profissional responsável por aquele caso e a equipe como um todo.

O percurso histórico a respeito dos diagnósticos em saúde mental é longo e durante este período, diversas tentativas de identificação, classificação e proposição de tratamento foram feitas para compreender o sofrimento psíquico. Para Foucault (1994) as classificações nosológicas e a concepção de doença mental foram criadas e modificadas de acordo com parâmetros sociais, políticos e de poder presentes na Modernidade. A concepção de doença mental sofre importante mudança em decorrência dos conhecimentos científicos do século XIX e com isto a oposição entre normal e patológico fortalece-se e passa a ser utilizada até hoje pelos profissionais (Foucault, 1994). Já no século XX, correntes teóricas psiquiátricas, psicológicas e psicanalíticas foram criadas para explicar os transtornos mentais. Atualmente, o diagnóstico em saúde mental é um instrumento que possibilita identificar sintomas, descrever doenças, indicar suas evoluções e oferecer tratamentos. A consolidação do diagnóstico psiquiátrico só ocorreu por volta do século XIX, pois até então não havia uma separação evidente entre a medicina geral e a psiquiatria (Rodrigues et al., 2011).

Na psiquiatria, o diagnóstico possibilita identificar as patologias que acometem o paciente e compreender as circunstâncias, as particularidades e o adoecimento. Esta conclusão é feita por meio da observação clínica dos fenômenos e dos comportamentos (Banzato, Mezzich & Berganza 2005). Para que este tipo de investigação seja possível e melhor estabelecida no campo de saúde mental, os sistemas classificatórios surgiram como forma de auxiliar os

profissionais da área e como uma maneira de padronizar as pesquisas e os tratamentos em qualquer lugar do mundo. Dentre os sistemas, os dois instrumentos mais conhecidos, são: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), hoje em sua quinta edição e a Classificação Internacional de Doenças (CID), na décima revisão, ambos, tanto o DSM quanto a CID são aplicáveis à prática clínica, ainda que com finalidades um pouco diferentes (Jablensky, 1999).

Os instrumentos ou quaisquer outras formas de classificação facilitam cada vez mais a prática clínica, mas, eles não podem ser recursos únicos para a determinação de um diagnóstico. Faz-se necessário também que a escuta, a experiência do profissional e o contato com o paciente sejam considerados. “A humanidade médica (...) é transmitida pela personalidade médica, imperceptível em cada momento na sabedoria do trato, no falar, no espírito de uma clínica, na atmosfera calma e silenciosamente presente do que é pertinente no plano médico” (Jaspers, 1986, p.07-08). Hoje, os autores apontam que a psiquiatria preocupada com uma orientação emergencial e um tratamento imediatista, tem cada vez mais se distanciado da psiquiátrica tradicional, pautada na observação e na preocupação com fenômenos objetivos e mais verificáveis do ponto de vista clínico. Mas, também não se pode deixar de admitir os progressos obtidos pela psiquiatria nas últimas décadas (Figueiredo & Tenório, 2002).

A psicanálise, diferentemente da psiquiatria, possui um entendimento que prioriza o particular ao universal, valoriza os mecanismos de defesa e a maneira como o sujeito lida com o sofrimento. Para esta clínica, a identificação dos conflitos, presentes desde a infância são fundamentais para compreender o sujeito e poder tratá-lo. Além disto, enquanto para a medicina o que importa é a abolição dos sintomas que incomodam o paciente garantindo a cura, para a psicanálise é preciso que o sujeito fale de suas angústias e conheça com mais propriedade o que o aflige. Em outras palavras, para a psicanálise o diagnóstico não é feito por exclusões de outros critérios, mas por inclusões, ao invés de silenciar o sujeito, solicita-se

que este fale para entendê-lo melhor. Ou seja, estimula-se que o sujeito rememore o que lhe perturba de modo que com isto ele possa observar e adquirir novos pontos de vista ou novas percepções diminuindo o que lhe parecia anteriormente tão aflitivo. Apesar destas diferenças aqui mencionadas, a psicanálise não se caracteriza como oposição à psiquiatria. Mas, propõe-se a observar a loucura a partir da ótica particular do sujeito de exprimir o seu sofrimento psíquico (Lepastier, 2013).

Apesar da diferença entre a psicanálise e a psiquiatria, sabe-se que hoje, a necessidade de aplacar o sofrimento faz com que as pessoas recorram a diversos tipos de tratamentos imediatistas empregados, principalmente, pelas tecnologias e pelo médico. Este profissional, por sua vez sente-se pressionado a solucionar as queixas do paciente, vendo-se diante da necessidade de eliminar todo e qualquer mal-estar. Na figura do médico encontra um reconhecimento e um lugar em que o seu sintoma é conhecido por todos. No entanto, por vezes, o custo



disto pode representar até mesmo um risco: “o doente vai ao médico porque quer, a todo preço, ser tratado. A consulta termina, em todo o caso, com instruções, de acordo com sua expectativa. A necessidade de um tratamento permanente, a angústia dos que querem ser curados de qualquer coisa, a exigência feita ao médico através de demandas que são irrealizáveis, forçam ao desenvolvimento de métodos que não são racionalmente eficazes”

(Jaspers, 1986, p.9). Vale dizer também, que está não é apenas uma responsabilidade do médico, uma vez que “O doente moderno (...) vai a clínica como a uma loja, a fim de ser servido com o melhor, através de um aparelho impessoal” que apenas lhe possibilite um remédio, um nome e uma nova conduta (Jaspers, 1986, p.42). No decorrer da história psicopatológica, diversos foram os esforços para entender



o que se passa com tais sujeitos e com isto a ciência possibilitou inclusive a multiplicação de nomes e de classificações, a título de exemplo, o DSM em sua primeira edição era dotado de 182 categorias diagnósticas distribuídas em 130 páginas, na última edição conta hoje com cerca de 300 transtornos descritos em 947 páginas.

No campo da medicina, para o tratamento dos pacientes não se utiliza o conceito de escuta médica, pois isto já está implícito nas regras e funções deste profissional ainda que o seu objeto de estudo seja a patologia. Mesmo que o médico se ocupe do diagnóstico e das doenças, a relação que este construirá com seu paciente deverá ser desenvolvida por cada um destes e pela maneira como o médico enxerga a importância disto para a sua prática. Nota-se que com o avanço tecnológico, a psiquiatria utiliza-se do modelo da neurociência na expectativa de que seja possível lidar com o comportamento humano, o que gera com isto uma técnica e um maior rigor técnico, mas um possível desinteresse pelo sofrimento humano e pelas causas psíquicas ali presentes. Ou seja, com

os progressos e a tentativa de objetividade, a psiquiatria praticamente elimina as referências históricas sem deixar, muitas vezes, espaço para a consideração de acontecimentos traumáticos na vida do paciente. A cura transferencial ou simplesmente pela palavra é desvalorizada como técnica terapêutica, de tal maneira que os pacientes recorrem aos riscos de procedimentos urgentes na tentativa de cura (Soar Filho, 1998).

Na realidade, ao que tudo indica, o que estes tipos de pacientes querem é ser ouvidos, desejam que a sua história e o seu sofrimento seja ele físico ou psíquico possa ser respeitado. No confronto estabelecido nos locais de tratamento, pacientes e profissionais lidam, assim, sem cessar com os próprios limites e anseios: o da escuta e o do silêncio dos conhecimentos que não bastam, fogem ou faltam. Nota-se hoje, que o diagnóstico e o tratamento para estes pacientes históricos continua sendo uma operação que desafia a medicina. As demandas da época e da sociedade fornecem o colorido das manifestações sintomáticas e trazem consigo particularidades culturais, tecnológicas, científicas, morais e éticas. Pensar nos transtornos somatoformes como sendo uma patologia contemporânea, obriga a uma reflexão inclusive acerca da manifestação dos sintomas (Catani,2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association – APA (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (DC), American Psychiatric Association.

_____. APA (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. Washington (DC), American Psychiatric Association.

_____. APA (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington (DC), American Psychiatric Association.

_____. APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric

Association.

_____. APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association.

_____. APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.

Banzato C. E. M., Mezzich J. E., & Berganza C. E. (Eds) (2005). Philosophical and Methodological Foundations of Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology*, 38(4): 155-230.

Catani, J. (2014). Ler, Escrever e Inscrever a Histeria: Os Novos Nomes, Os Novos Sintomas e a Velha Neurose. In: *Histeria e Gênero – o sexo como desencontro*. Orgs. Ambra, P. E. S. & Silva N. Jr. São Paulo: nVersus (no prelo, 2014).

Coelho, C. L. de S; Ávila, L A. (2007). Controvérsias sobre a somatização. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 278-284.

Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (março 2002). O diagnóstico em psiquiatria e em psicanálise. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, ano V, n. 1, p. 29-43.

Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Freud, S. (1905/1980). Fragmento da análise de um caso de histeria. *Obras completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1914-1915/1980). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). *Obras completas, ESB*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago.

Jablensky, A. (1999). The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 33, p.137-144.

Jaspers, K. (1986). O médico na era da técnica. Trad. João Tiago Proença. Lisboa: Edições 70.

Lepastier, S. (2013). La classification des troubles psychiques en psychanalyse (encadré). In : *Classer, penser, contrôler*. Numéro coordonné par Vincent Liquète et Susan Kovacs, supervisé par Jacques Perriault et Bernard Valade. Paris : La Revue Hermès, 66, p.102-103.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão. vol. 2: Manual de Instrução. (Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais trad.) 8a ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Rodrigues, S. M. S.; Souza, A. M. de; Pedroso, J. da S (2008 jul.-set). Diagnóstico Psiquiátrico: evolução, histórica, conceitos e vicissitudes. In: *Rev. para. med*; 22(3).

Soar Filho, E.J. A interação médico-cliente. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 1998, vol.44, n.1 [cited 2014-05-11], pp. 35-42

USO DA TÉCNICA PROJETIVA HTP COMO FACILITADORA NA EXPRESSÃO DO INSCONSCIENTE: análise dos desenhos de uma paciente com artrite reumatoide atendida na clínica-escola de Psicologia UniFil.

Pâmela Cristina Salles Pereira⁵⁷

Denise Hernandes Tinoco⁵⁸

“Se uma dor aparece, auscultemos nossa conduta, verificando se não demos causa à benéfica advertência da natureza”.

Francisco Cândido Xavier

RESUMO:

Este artigo é parte do estudo de caso de atendimento realizado em 2013 na Clínica-escola de Psicologia – UniFil a uma paciente diagnosticada com artrite reumatoide. Apresenta a contribuição da técnica projetiva HTP no percurso das entrevistas preliminares deste caso. Enquanto diagnóstico inicial os sinais indicativos decorrentes da aplicação e interpretação possibilitaram o conhecimento de conteúdos inconscientes da paciente, norteando o estabelecimento de uma comunicação em nível simbólico durante todo o trabalho analítico. Através desta experiência constatamos a importância do uso do HTP enquanto auxiliar na expressão de conteúdos inconscientes.

PALAVRAS-CHAVE: HTP; Artrite Reumatoide, Diagnóstico, Imagens, Desenhos.

A medicina em geral trata dos constantes biológicos do corpo humano, da fisiologia à anatomia, todas as leis que regulam o funcionamento deste emblemático sistema, por vezes observado apenas em suas partes, são consideradas conhecidas. Se não, passíveis de observação, mensuração e classificação, visando uma regulação futura. Porém há algo neste corpo que por vezes escapa ao conhecimento baseado em leis, regras, padrões, médias, etc. Por vezes sabem-se as consequências de alguma doença e modos de amenizá-

57 Discente de Curso da formação de Psicólogos do Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL.

58 Doutora em Psicologia Clínica pela PUC – SP e Coordenadora do Curso da formação de Psicólogos do Centro Universitário Filadélfia – UNIFIL.

las, mas não há certeza das causas que levam o organismo a criar tal quadro patológico.

Conforme a Comissão de Artrite Reumatoide da Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011) caracteriza-se pelo fato de que o sistema imunológico que normalmente atua na defesa do organismo contra infecções, passa a atacar o tecido das articulações, causando dores intensas, podendo ocorrer deformações nas áreas afetadas e comprometer até mesmo outros órgãos.

Quando não controlada de maneira adequada, pode comprometer as atividades cotidianas e chegar à limitação dos movimentos pela evolução das deformidades articulares. Considerando que esta é uma doença decorrente de autoimunidade exagerada, os medicamentos utilizados para o controle são da classe dos imunossupressores, diminuem a inflamação através da regulação do sistema imunitário. Não há cura, porém pode em alguns casos apresentar remissão.

Denise H. Tinoco (2009) diz que é o sistema imunológico o responsável pelo reconhecimento e discriminação entre o que é próprio do organismo e o alheio a este, pela tolerância ou ataque ao que é considerado alheio, elaborando as defesas necessárias para a manutenção da saúde.

Nas doenças autoimunes este processo estaria abalado, ocorrendo um “voltar-se contra o próprio corpo”, algo diretamente relacionado as questões identitárias, tanto no que concerne com a própria identidade, identidade familiar e principalmente nas relações conjugais. Partindo da perspectiva psicanalítica a autora relaciona as doenças do sistema imune a uma dificuldade da pessoa “misturar-se” enquanto capacidade de pertencimento e aceitação do diferente (TINOCO, 2009).

Denise Gimenez Ramos (1994) considera que a etiologia relacionada à artrite reumatoide pode ser associada a estressores psicossociais e um aumento ou diminuição na produção de hormônios, sendo característica de destaque entre os que sofrem de artrite

reumatoide, a rigidez obsessiva frente ao trabalho e hiperatividade compulsiva. A autora parte da concepção da Psicologia Analítica e considera a doença enquanto portadora de finalidade e significado simbólico.

Ao recebermos Eva em nosso consultório, não pudemos nos esquivar de uma simples, porém elementar espiadela sobre esta classificação da doença que fora o estopim de seu quadro: O que leva um sistema de defesa defender-se contra si mesmo? Existe outro meio de expressar esta necessidade de defesa que não seja atacando-se?

Sabemos que ao homem primitivo foi essencial a percepção do perigo e a habilidade de escapar dele, sendo as reações instintivas de luta e fuga estabelecidas desde o início de seu desenvolvimento e aprimoradas ao longo dos tempos. Também várias eram as formas de representação que se utilizava para transmitir uma imagem aos outros, gestos, desenhos, sons e objetos poderiam ser utilizados para avisar do perigo. Os comportamentos foram selecionados e entre eles a linguagem verbal apresentou-se como um importante instrumento para facilitar a comunicação.

Embora vivenciemos uma cultura onde predomina a valorização da linguagem verbal como meio primordial para a expressão do que se pensa ou sente, no curso do desenvolvimento humano, o neocortex (camada mais superficial do cérebro, donde partem as regulações sobre a linguagem verbal) apresenta-se como mecanismo adaptativo mais recente, sendo anteriores os sistemas que regulam as emoções.

Damáσιο (2009) afirma que as imagens continuam a ser o principal conteúdo dos nossos pensamentos, sejam elas sobre uma coisa ou sobre processos que envolvem coisas, e todo o sistema que regula os construtos do neocortex está assentado nos pilares da emoção não podendo existir adequadamente sem elas. Podemos então conjecturar que as emoções precedem a racionalização tal qual as imagens precedem a linguagem, pois o desenho é anterior a linguagem escrita e as emoções são anteriores ao pensamento racional,

todos participando de um sistema relacional e não excludente de interpretação e comunicação.

Podemos observar esta capacidade de contato com a inconsciente é possibilitada pelas expressões artísticas, também no que Jung (1985) relata sobre muitos de seus pacientes começarem a pintar quando já passaram da busca de uma utilidade social para a busca de sentido da sua vida individual. Não para produzir uma obra de arte, mas sim enquanto recurso para que representem suas imagens interiores, uma passagem da passividade de espectador ou mero comunicador destas, para a atividade de executor.

Considerando ainda que a execução material do quadro possibilita que contemple de maneira cuidadosa e constate os detalhes das imagens, num momento de independência criativa em que aquilo que está mobilizado dentro de si terá vasão através de pintura. Jung (1985, p.46) diz que “basta que o paciente perceba que, por diversas vezes, o fato de pintar um quadro o libera de um estado psíquico deplorável, para que lance mão desse recurso cada vez que seu estado piora”.

Lúcia Almeida (2009, p.138) declara que “o valor terapêutico não está na obra de arte enquanto produção final, e, sim no processo artístico que expressa essa subjetividade e permite a elaboração de conflitos intrapsíquicos”. Considerando que a imagem é base na qual o pensamento racional se assenta, tal como do inconsciente emerge a consciência, há tempos o desenho vem sendo utilizado como uma técnica projetiva eficaz para expressão e integração dos sentimentos.

O HTP (House- Tree – Person) sigla que em português significa Casa- Árvore-Pessoa é uma técnica projetiva que trabalha com desenhos, criada por John N. Buck (1948), seu princípio básico considera que o suporte (neste caso a folha de papel) representa o ambiente e o desenho o próprio sujeito. Possui uma estruturação mínima, partindo da proposição de se desenhar separadamente uma casa, uma árvore e uma pessoa qualquer que seja e da forma que lhe

é possível fazer, sendo estas representações utilizadas para estimular projeções verbais.

Para a interpretação considera-se que os desenhos avaliam predominantemente processos expressivos, e são analisados enquanto indicativos, nunca com um significado fixo e absoluto. Retondo (2000) esclarece que enquanto técnica projetiva o HTP é um instrumento sensível a aspectos inconscientes que permite uma ampla variedade de respostas do sujeito. Durante a execução dos desenhos os conteúdos internos são projetados, as formas escolhidas, tipo de traço, e demais detalhes que aparecerem partilham da percepção consciente e inconsciente do sujeito em relação a si mesmo e as pessoas significativas do seu ambiente.

Diante das indagações que o quadro de saúde de Eva originou, durante as entrevistas iniciais consideramos a utilização do teste projetivo HTP, visando averiguar as reações da paciente diante de uma situação em primeiro nível não estruturada na expressão verbal, mas sim na execução de desenhos sobre temas específicos. O que possibilitou investigar através das imagens produzidas, conflitos psíquicos mais profundos. Neste artigo apresentamos nossa interpretação dos desenhos da árvore e primeira pessoa, realizados por EVA durante a aplicação da técnica projetiva HTP.

DADOS GERAIS SOBRE A PACIENTE

Eva tem 52 anos, é casada e mãe de duas filhas, quinta filha de seis irmãos, sendo que a irmã mais nova faleceu de leucemia ainda na adolescência. Sempre se sentiu a filha mais querida dos pais, as filhas que ficava ao lado dos pais fazendo tudo como eles queriam. Afirmava que agia assim por saber que era a forma que eles queriam e deveria obedecer, pois eles eram bons pais.

Sempre trabalhou muito, no trabalho e na família mantinha a posição de liderança, considerando que sempre tinha que fazer mais e

melhor para ser o exemplo. Costumava dizer que “roupa suja se lava em casa” (sic, se referindo ao fato de ninguém precisar saber sobre seus sentimentos).

Iniciou o tratamento na Clínica-escola de Psicologia – Unifil por encaminhamento médico em 2009, aproximadamente dois anos após o falecimento de seus pais. Depois de ter sido afastada do trabalho pelo avanço da doença que não foi tratada nos primeiros sinais “o médico me dava atestado e eu jogava fora, pois achava que tinha que ir trabalhar!” (sic), juntamente com um significativo quadro depressivo. Quando iniciamos o atendimento da paciente em 2013, utilizava muletas para se locomover e não havia previsão de retorno ao trabalho.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DESENHOS

A necessidade de proteção aparece através dos acessórios ao desenho, em que uma árvore seca é representada ao lado direito, o que sugeriu que Eva deveria ter sentimentos de que o ambiente é responsável pelo trauma que passou e por situar-se numa posição da folha referente ao futuro, indicou-nos a atualização da vivência traumática. O sol apresentou-se no lado paterno e o sentimento de opressão foi percebido através das nuvens que circundavam todo o desenho, o que nos remeteu as lembranças que Eva tinha de sua infância limitada. A base da árvore desenhada enquanto o limite da folha falou-nos de insegurança, sentimentos de inadequação, suas raízes eram pequenas em comparação ao tronco, indicando a instabilidade primordial de Eva em relação ao futuro visto como duvidoso.

A primeira pessoa desenhada por Eva foi um menino de tamanho pequeno em relação à folha, sugerindo sentimento de inferioridade com dificuldade em se colocar no meio, situado no centro esquerdo da folha o desenho nos remeteu a satisfação controlada dos impulsos. A perspectiva um pouco distante do observador sugeria

que a figura era sentida como algo distante de si o que se confirmou pela idade que Eva deu a ele, nove anos. Este desenho foi o que recebeu menor pressão caracterizando-se como o ponto focal de insegurança, falta de confiança e sentimentos de incapacidade. A mão esquerda está escondida enquanto a mão direita segura a “cordinha” onde está preso o “animalzinho - Gato”, mãos e pés não possuem contornos definidos, o que nos remeteu a baixa qualidade da imagem corporal, e de relacionamentos interpessoais. O animal de estimação preso a coleira adiciona à composição a necessidade de controle dos instintos e segurança afetiva. Os traços do rosto deixam clara a falta de perspectiva visual verbal e auditiva, sugerindo negação dos impulsos e constrição no estabelecimento de contatos mais íntimos na convivência. A figura possui traços apagados o que demonstra o medo de revelar os problemas e sentimentos de insignificância, também flutua sem contato algum com a realidade.

COMENTÁRIOS

Através da observação dos desenhos, do inquerito e das informações colhidas durante as entrevistas iniciais, foi possível visualizar a posição afetiva infantil de Eva, a dificuldade em se relacionar e expressar sentimentos, assim como a tendência ao excesso de trabalho. Confirmando a rigidez citada por Ramos (1994) e a dificuldade nas questões identitárias referida por Tinoco (2009).

Eva se referiu ao seu desenho da árvore como tendo sido ferido quando era “novinha”, sendo que alguém a ajudou a se desenvolver, mas ao lado de sua árvore estava também uma outra de galhos secos e retorcidos que não teve a mesma sorte, o que nos remeteu a possíveis traumas significativos na primeira infância. Ao longo do tratamento pudemos confirmar este dado através dos acontecimentos que foram emergindo de suas lembranças.

O maior tempo gasto no desenho da pessoa demonstra o

quanto sua relação com o corpo era difícil, com isso as emoções eram igualmente distanciadas, contidas e postergadas. A pessoa desenhada segundo ela seria um menininho que é seu vizinho e precisa muito de carinho, mas não pede simplesmente olha com um olhar que dá para saber. Curiosamente uma característica marcante de Eva durante o período inicial da terapia foi um olhar vago e lacrimojante.

Ao término das entrevistas preliminares optamos por realizar a devolutiva com Eva, partindo do que ela mesma achava de seus desenhos. À medida que ia falando sobre sua produção observamos que lhe era mais fácil expressar sentimentos e incentivamos a explanação sobre cada detalhe de cada desenho. Assim, emergiram as seguintes considerações: A árvore que já sofreu, mas sobreviveu com outra ao lado que não sobreviveu, foi relacionada aos cuidados com a irmã leucêmica; o desenho do menino carente desencadeou a lembrança do gatinho de sua infância, o que imediatamente a fez considerar que era ela mesma no desenho. Donde surgiu uma pista à pergunta inicial que fizéramos - O que leva um sistema de defesa defender-se contra si mesmo?

CONCLUSÃO

Quanto à segunda pergunta - Existe outro meio de expressar esta necessidade de defesa que não seja atacando-se? O processo desenvolvido ao longo do ano mostrou-nos que a aplicação da técnica projetiva HTP, favoreceu uma abertura psíquica de Eva, através dos temas que foram levantados por ela mesma: sofrimento e morte através da doença da irmã; e carência afetiva observada no menininho do desenho. Fatores que foram relacionados a várias outras situações vivenciadas no decorrer do ano.

Após a aplicação da técnica projetiva, Eva passou a desenhar em casa, e a relatar que desenhando se “desligava de tudo”, até mesmo as dores constantes nas articulações antes consideradas genericamente,

passaram a ser melhor observadas nestes momentos. Já que ao desenhar percebia-se fisicamente, a maneira como conseguia se apoiar ou não no sofá, os dedos segurando o lápis. Até sua relação temporal com a duração da dor mudava quando se concentrava no desenho. Se antes aguardava o horário da sessão fazendo palavras cruzadas passou a utilizar-se de um bloco de desenho, e novas imagens começaram a emergir destas produções.

Foi através dos desenhos do HTP que o corpo ressurgiu para Eva, em que houve possibilidade de expressão das emoções antes contidas e sentidas através da dor. Ocorria que verbalmente Eva não expressava o que sentia. Esta possibilidade estava bloqueada entre outros fatores, pela crença de que sentimentos não devem ser expostos. Logo, ao recorrermos a um recurso anterior a fala, os desenhos, foi possível a Eva iniciar o processo de simbolização do que se passava no nível somático.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Lúcia H. H. **A psicologia junguiana, a psicologia organísmica de Sandor e o uso de desenhos**: O desvelar de um rosto, uma nova identidade. In: ZIMMERMANN, Elisabeth (Org.). *Corpo e Individuação*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BUCK, John N. **Casa-árvore-pessoa, H-T-P, técnica projetiva de desenho**: manual e guia de interpretação. São Paulo: Vetor, 2003.
- DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes**: Emoção, Razão e Cérebro Humano. Porto Alegre: Companhia Das Letras, 2012.
- JUNG, Carl Gustav. **A Prática da psicoterapia**: Contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência. Petrópolis: Vozes, 1985. (Coleção: Obra completa de C. G. Jung, v. XVI/1).
- RAMOS, Denise Gimenez. **A psique do corpo**: Uma compreensão Simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994.
- RETONDO, Maria Florentina N. Godinho. **Manual prático de avaliação do HTP (casa-árvore-pessoa) e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Artrite reumatoide:** Cartilha para pacientes. São Paulo: 2011. Disponível em:<<http://www.reumatologia.com.br/PDFs/>

cartilha_artritereumatoide.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

TINOCO, Denise Hernandes. **Psicologia Psicanálise e Psicossomática.** Londrina: Edunifil, 2009.

XAVIER, Francisco Cândido. **Estude e Viva.** Rio de Janeiro: FEB, 1965.

Editora
UniFil



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Ensino Superior

**FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA**

Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná