



MATERIAL DE DEMONSTRAÇÃO

CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE



MÓDULO I

- I – Metodologia Científica**
- II – Introdução à Psicanálise**
- III – Teoria Psicanalítica I**
- IV – Teoria Psicanalítica II**
- V – Teoria Psicanalítica III**
- VI – Introdução à Filosofia**



CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE

MÓDULO I

Sumário

DISCIPLINAS/UNIDADES

<u>UNIDADE 1: METODOLOGIA CIENTÍFICA</u>	<u>4</u>
<u>UNIDADE 2: INTRODUÇÃO À PSICANÁLISE</u>	<u>34</u>
<u>UNIDADE 3: TEORIA PSICANALÍTICA I</u>	<u>48</u>
<u>UNIDADE 4: TEORIA PSICANALÍTICA II</u>	<u>62</u>
<u>UNIDADE 5: TEORIA PSICANALÍTICA III</u>	<u>92</u>
<u>UNIDADE 6: INTRODUÇÃO À FILOSOFIA</u>	<u>132</u>



DICAS PARA UM BOM APRENDIZADO DURANTE O CURSO

Organizem seus horários de estudos, procurando variar seu planejamento do programa, alternando entre ler, escrever, resolver atividades. O ideal seria dedicar 2 (duas) horas diárias ao seu estudo. Sabemos, porém,

Que em determinados dias à disponibilidade de tempo será pequena e, em outros, será bem maior, havendo uma compensação natural;

Estabeleça um tempo de reserva, pois imprevistos podem ocorrer.

Melhore sua concentração através de um programa de treinamento pessoal, observando os seguintes pontos:

- Estude uma coisa de cada vez;
- Separe as fases de trabalho das de descanso;
- Sempre que possível, estabeleça horário para estudar;
- Avalie suas capacidades e estabeleça metas possíveis de atingir.

Lembre-se que você não está sozinho, ou sozinha colocamos a sua disposição para tirar suas dúvidas em relação aos conteúdos, atividades, e exercícios no decorrer do curso.

**METODOLOGIA CIENTÍFICA****1**

Trata-se de um “estudo sobre um tema específico ou particular, com suficiente valor representativo e que obedece a rigorosa metodologia. Investiga determinado assunto não só em profundidade, mas também em todos os seus ângulos e aspectos, dependendo dos fins a que se destina. [...], apesar de darem o nome genérico de monografia a todos os trabalhos científicos, diferenciam um dos outros de acordo com o nível da pesquisa, a profundidade do estudo, a metodologia utilizada e a originalidade do tema e as conclusões.” (LAKATOS; MARCONI, 2001, p.236-237).

**TIPOS DE
TRABALHOS MONOGRÁFICOS****TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

“O trabalho de Conclusão de Curso é uma monografia sobre um determinado assunto, no entanto, não necessita ser um estudo completo em relação ao tema, por se tratar de um requisito para a complementação do Curso de graduação ou pós-graduação em nível de Especialização e Aperfeiçoamento [...]. É um trabalho de iniciação científica.” (DUARTE et al., 2001, p.16).



INTRODUÇÃO À PSICANÁLISE

2

“O valor da vida não pode ser avaliado”.

Nietzsche

INTRODUÇÃO

Até que Freud publicasse Estudos sobre a histeria, em 1895, a idéia de que havia uma parte inconsciente na mente humana atraía apenas o filósofo ocasional e o poeta. Os cientistas não perdiam tempo analisando o conceito. Na verdade, a possibilidade de que escondida em cada indivíduo houvesse uma área da mente completamente desconhecida e incognoscível foi considerada inicialmente como altamente ofensiva especialmente quando Freud afirmou que nesse inconsciente estavam contidos os impulsos primitivos do sexo e da agressividade.

Atualmente, quando a maioria das pessoas que pensam aceita o inconsciente como algo indiscutível, é estranho imaginar uma situação em que a idéia fosse nova e chocante. A mudança ocorrida em apenas meio século – da repulsa e da náusea à franca aceitação – é um dos aspectos mais notáveis na história da psicanálise. Em primeiro lugar, este sucesso deve ser atribuído ao fato de que o próprio Freud era um brilhante expositor de suas idéias, além de perseverante e corajoso no caminho que empreendeu a partir de sua descoberta. Sua integridade científica seu empenho permitiram-lhe estar, em pessoa, todas as principais implicações da teoria psicanalítica. Em consequência por volta dos anos vinte, a psicanálise já satisfazia a uma pequena, mas significativa proporção do mundo médico da Europa e da América.

Ao lermos a história da vida de Freud, podemos perceber que ele era um ser humano como nós; que não só respeitava a integridade científica, como amava a especulação filosófica e o drama romântico, alguém que em certa época sentiu desespero pela humanidade e em outra foi capaz de admirá-la. Não podemos esquecer, no entanto, que uma pessoa capaz de lançar luz pela primeira vez sobre o significado dos indícios, deixados pelo inconsciente no material confuso do consciente, deve, na verdade, ser bem extraordinária.



Sua viagem intelectual de descoberta pode ser comparada às dos primeiros exploradores que se aventuraram em alto-mar a bordo de frágeis embarcações. Como eles, Freud no início não podia estar seguro de seu instrumento de conquista e precisava aprender a manejá-lo de diferentes maneiras em múltiplas condições de tempo. Ao contrário deles, no entanto, não tinha a guiá-lo a posição das estrelas – estudadas anteriormente de terra firme – para navegar com segurança. Tudo isso torna ainda mais surpreendente a magnitude da revolução na maneira de pensar que ele conseguiu realizar com sua dedicação, seu gênio e sua coragem.

“Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar, para atravessar o rio da vida – ninguém, exceto tu, só tu”.

Nietzsche

BIBLIOGRAFIA SOBRE SIGMUND FREUD



Encarta Encyclopedia, Culver Pictures

ANZIEU, D. – A auto-análise de Freud e a descoberta da Psicanálise, PA, Ed. Artes Médicas, 1989.

GAY, P. – Freud para historiadores, SP, Ed. Paz e Terra, 1989.

GAY, P. – Freud, uma vida para o nosso tempo, Companhia das Letras, 1989.

JONES, ERNEST – A Vida e a Obra de Sigmund Freud, RJ, Imago Ed.

MEZAN, R. – Freud, pensador da cultura, SP, Ed. Brasiliense, 1986 (4ª Edição).

ROAZEN, P. – Freud e seus discípulos, SP, Ed. Cultrix, 1978.

SULLOWAY, F. J. – Freud, Biologist of the Mind, NY, Basic Books, Inc., Publishers, 1983.



Encarta Online

CD-ROM

“Freud, Sigmund” Microsoft ® Encarta. Copyright © 1993. Microsoft Corporation.

Copyright © 1993 Funk & Wagnall’s Corporation.

“Freud, Sugmund” Copyright 1995 by Grolier Electronic Publishing, Inc.

Dicionários sobre Psicanálise

HANNS, LUIZ – Dicionário comentado do Alemão de Freud, RJ, Imago Ed., 1996

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. – Vocabulário da Psicanálise, SP, Martins Fontes Editores Ltda., 1985

ROUDINESCO, ELIZABETH & PLON, MICHEL – Dicionário de Psicanálise, RJ, Jorge Zahar Editor, 1998.

OBRAS SELECIONADAS DE FREUD

Edição (impressa) Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ES) 24 Volumes, Imago Ed., RJ. 1969.

1893	Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (Breuer e Freud)	ES, II
1894	As Neuropsicoses de defesa	ES, III
1895	Projeto para uma psicologia científica	ES, I
1895	Estudos sobre a histeria (Freud e Breuer)	ES, II
1896	A etiologia da histeria	ES, III
1898	A sexualidade na etiologia das neuroses	ES, III
1899	Lembranças encobridoras	ES, III
1900	A interpretação dos sonhos	ES, IV-V
1901	Sobre os sonhos	ES, V
1901	A psicopatologia da vida cotidiana	ES, VI
1905	Três ensaios sobre a teoria da sexualidade	ES, VII
1905	Os chistes e sua relação com o inconsciente	ES, VIII
1907	Delírios e sonhos na “Gradiva” de Jensen	ES, IX
1907	O esclarecimento sexual das crianças	ES, IX
1908	Caráter e erotismo anal	ES, IX
1908	Sobre as teorias sexuais das crianças	ES, IX
1908	Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna	ES, IX
1908	Escritores criativos e devaneios	ES, IX
1909	Análise de uma fobia em um menino de cinco anos	ES, X
1909	Notas sobre um caso de neurose obsessiva	ES, X
1910	Cinco lições de Psicanálise	ES, XI
1910	Leonarde da Vinci e uma lembrança de sua infância	ES, XI
1910	A significação antitética das palavras primitivas	ES, XI
1910	Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens	ES, XI
1911	Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de	ES, XII



Paranóia (Dementia paranoides)	
1912	Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor ES, XI
1913	Totem and Tabu ES, XIII
1914	O Moisés de Mechelângelo ES, XIII
1914	A história do movimento psicanalítico ES, XIV
1915	Reflexões para os tempos de guerra e morte ES, XIV
1915	Os instintos e suas vicissitudes ES, XIV
1915	Repressão ES, XIV
1915	O inconsciente ES, XIV
1915-17	Conferências introdutórias sobre Psicanálise ES, XV-XVI
1917	Luto e melancolia ES, XIV
1919	O 'estranho' ES, XVII
1920	A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher ES, XVIII
1920	Além do princípio do prazer ES, XVIII
1921	Psicologia de grupo e a análise do ego ES, XVIII
1923	O ego e o id ES, XIX
1923	Uma neurose demoníaca do século XVII ES, XIX
1924	O problema econômico do masoquismo ES, XIX
1925	Uma nota sobre o 'bloco mágico' ES, XIX
1925	A negativa ES, XIX
1925	Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos ES, XIX
1925	Um estudo autobiográfico ES, XX
1926	Inibições, sintomas e ansiedades ES, XX
1926	A questão da análise leiga ES, XX
1927	O futuro de uma ilusão ES, XXI
1928	Dostoevsky e o Parricídio ES, XXI
1930	O mal-estar na civilização ES, XXI
1931	Tipos libidinais ES, XXI
1931	Sexualidade feminina ES, XXI
1933	Novas conferências introdutórias sobre psicanálise ES, XXII
1933	Por que a guerra? ES, XXII
1936	Um distúrbio de memória na Acrópole ES, XXII
1937	Análise terminável e interminável ES, XXIII
1937	Construções em análise ES, XXIII
1939	Moisés e o monoteísmo: três ensaios ES, XXIII
1940	Esboço de Psicanálise ES, XXIII
1940	Algumas lições elementares de psicanálise ES, XXIII

PSICANÁLISE

DEFINIÇÃO

Psicanálise é o nome de:

1. um procedimento para investigação de processos mentais, praticamente inacessíveis de outra forma, especialmente vivências internas e profundas como pensamentos, sentimentos, emoções, fantasias e sonhos.
2. Um método (baseado nessa investigação) para o tratamento das neuroses;
3. um acúmulo sistemático de conhecimentos sobre a mente, obtidos através desse procedimento, que gradualmente está se tornando uma nova ciência.



4. é um método de investigação que busca evidenciar o significado inconsciente das palavras, atos e produções imaginárias (sonhos, devaneios...) de um indivíduo, baseados na associação livre.

Investigação:

Tirar da mente

Toda e qualquer

Influência pessoal

Qualquer Escrúpulo...

- Policial

- Quem tem a arma

- Quem tem o motivo

- Quem teve a oportunidade

2 – ID, EGO, SUPEREGO

De acordo com a teoria estrutural da mente, o id, o ego e o superego funcionam em diferentes níveis de consciência. Há um constante movimento de lembranças e impulsos de um nível para o outro.

• ID

É o reservatório inconsciente das pulsões, as quais estão sempre ativas. Regido pelo princípio do prazer, o id exige satisfação imediata desses impulsos, sem levar em conta a possibilidade de conseqüências indesejáveis.

• EGO

Funciona principalmente a nível consciente e pré-consciente, embora também contenha elementos inconscientes, pois evoluiu do id. Regido pelo princípio da realidade, o ego cuida dos impulsos do id, tão logo encontre a circunstância adequada. Desejos inadequados não são satisfeitos, mas reprimidos.

• SUPEREGO

Apenas parcialmente consciente, o superego serve como um censor das funções do ego (contendo os ideais do indivíduo derivados dos valores familiares e sociais), sendo a fonte dos sentimentos de culpa e medo de punição.

6 de maio de 1856

Nasce Sigmund Freud em Freiburg, Moravia, hoje Tchecoslováquia, mas então parte do Império Austro-Húngaro, Freud nasceu numa família judia.

Seu pai Jacob Freud (1815 – 1896), era um comerciante de lã. Aos 40 anos, com dois filhos adultos e já avô, casou-se pela segunda vez, com Amalie Nathanson (1835 – 1930).

Freud foi o primeiro e o preferido dos oito filhos que teve com Amalie.

1860:

Devido à guerra austro-italiana, os negócios de Jacob vão à ruína e a família é obrigada a se transferir para Viena, aí é que Freud iniciará seus estudos e viverá até praticamente o fim de sua vida.



TEORIA PSICANALÍTICA I

3

As leis do inconsciente se tornaram os Mandamentos da Sociedade Psicanalítica.

O que é inconsciente?

O termo “inconsciente” é empregado de várias maneiras por Freud. Ele é utilizado num sentido puramente descritivo, para se referir a todos os conteúdos que não se encontram na consciência. Esta é a noção mais comum de inconsciente.

O primeiro uso técnico que Freud dá a esta palavra é a noção de inconsciente num sentido dinâmico. Ele não representa uma qualidade em particular de um estado mental, mas a sua função. Ou seja, no inconsciente se encontram forças recalçadas que lutam para passar para a consciência, mas são barradas por um agente repressor.

O PRINCÍPIO DO PRAZER E O PRINCÍPIO DA REALIDADE

O princípio do prazer pode facilmente entrar em conflito com a atividade consciente da mente que está preocupada em evitar o perigo, adaptar o indivíduo à realidade e ao comportamento civilizado.

O pré-consciente funciona de uma forma mais controlada, disciplinada ou até mesmo racional. Toma em consideração as demandas da realidade e tolera o adiamento da satisfação dos desejos.

O pré-consciente é dominado pelo processo secundário ou o que Freud chamou também de Princípio da realidade.

Freud disse, certa vez, que a forma mais civilizada do Princípio da Realidade é a ... ciência.

O que acontece quando a mente é dominada pelo processo primário de busca da satisfação do desejo ou Princípio do prazer?

Vamos tomar um exemplo não-sexual: um homem faminto perdido numa floresta, sem alimento.

Se a idéia primária “comida” tomar conta dele, ele não vai ser capaz de pensar em como obtê-la.

As representações primárias que dominam o inconsciente são impulsivas, desorganizadas e não obedecem à nenhuma lógica.

Assim, segundo Freud todo pensamento humano é em parte conflito e em parte compromisso entre o sistema pré-consciente e inconsciente.



TEORIA PSICANALÍTICA II

4

1 – Introdução

Somos os Psicanalistas, praticantes de uma arte que sendo bastante em si mesma, vale-se, acessoriamente, de vários outros conhecimentos para atuar na área humana que é definida como **Psíquica** e que se caracteriza por ser uma realidade absoluta de natureza metafísica. Falamos do metafísico apenas para, de saída, bosquejarmos a dificuldade do nosso trabalho, pois se os males a que nos contrapomos são reais, tudo o mais que temos de considerar é impalpável e de complexo acesso, vez que lidamos com o emocional e um emocional, na maioria das vezes desconhecido, inconsciente.

Somos, também, os únicos profissionais que não usamos instrumentos e, tratando de pessoas, não as tocamos, não lhes ministramos qualquer droga e nem ao menos lhes damos conselhos e, no entanto as curamos! Daí dizermos que o nosso ofício é uma arte, desafiadora, é verdade e que, por isso mesmo, exige de nós uma total dedicação, o máximo de horas de estudo, o máximo de pesquisas, o máximo de trocas com as comunidades afins.

Segundo Freud *“os processos psíquicos são, em si mesmos, inconscientes e os processos conscientes são atos isolados, frações da vida psíquica total. Os processos da vida psíquica inconsciente, são dominados, na maior parte, pelas tendências que podem ser qualificadas de sexuais, no sentido restrito ou lato do termo. Este último pressuposto é, na realidade, a característica fundamental da Psicanálise, que consiste, essencialmente, na tentativa de explicar a vida inteira do homem e não só aquela privativa ou individual, mas também a pública e a social, recorrendo a uma única força que é o instinto sexual ou libido, no sentido técnico deste termo.”*

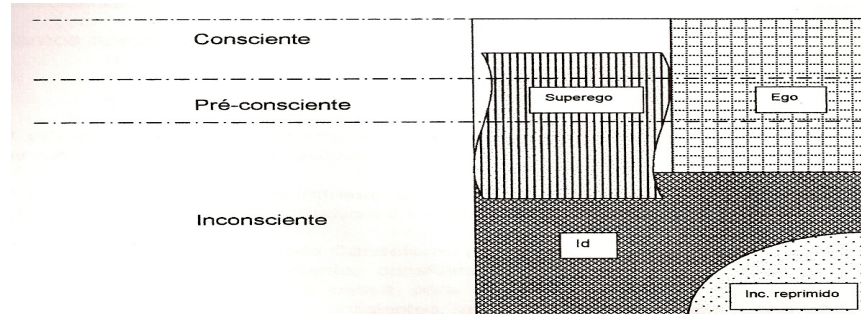
Com o fim de apresentar uma contribuição aos interessados em aprender algo sobre o que norteia o trabalho do psicanalista enquanto clínico.

Temos que ter sempre presente que, mesmo sendo dedicadamente estudiosos, jamais teremos atingido o grau desejável de conhecimento, pois nunca nos firmaremos num diagnóstico a partir do estudo de peças anatômicas, nem de filmes radiográficos, nem de exames laboratoriais, nem da descoberta de novas drogas, nem de testes psicométricos, vez que o nosso paciente é um ser humano **ímpar**, que veio de um ambiente familiar **ímpar** e que se desenvolveu ajustando-se as condições **ímpares**, influenciadas pela maneira **ímpar** como ele entendeu o que atuou sobre ele de forma continuada ou então lhe aconteceu por uma fração de segundo, num abrir e fechar de olhos.

Esta apostila foi produzida com a intenção de apresentar referências aos assuntos os quais, de forma extensiva, são apresentados nos livros. Procuramos, ao máximo, ser claro.



2 – TOPOGRAFIA DO APARELHO PSÍQUICO



A teoria psicanalítica tem a particularidade de não considerar os atos psíquicos da mesma maneira que o faz a psicologia clássica. Esta os estuda como elementos justapostos, associados e estáticos.

A psicanálise concebe a vida psíquica como evolução incessante de forças elementares, antagônicas, compostas ou resultantes, com um conceito dinâmico do psiquismo.

Fala-se corretamente de duas tópicas freudianas, sendo a primeira aquela em que a distinção principal é feita entre inconsciente, pré-consciente e consciente, e a segunda a que distingue três instâncias: o id, o ego e superego. O termo “tópico”, significando teoria dos lugares vem do grego *topoi* (local, lugar). A hipótese freudiana de uma tópica psíquica tem origem em todo um contexto científico de debates, avaliações, observações que vai de 1891 a 1900, quando Freud apresenta a primeira concepção tópica do aparelho psíquico no capítulo VII de A Interpretação de Sonhos.

2.1 – Conceituação da Teoria Topográfica:

Esta teoria aparece pela primeira vez no capítulo sétimo de “A Interpretação de Sonhos”, de Freud escrito em 1900.

Em que consiste esta teoria?

Freud propôs dividir o aparelho psíquico. De acordo com esta Teoria, devem existir três sistemas mentais, cada um dos quais se caracterizando por sua relação com a consciência.

Vamos apresentar a caracterização, segundo Freud:

- Sistema Ics.
- Sistema Pcs.
- Sistema Cs.

O primeiro sistema, chamado Inconsciente (Ics.), abrange os elementos psíquicos cuja acessibilidade à consciência é muito difícil ou impossível.

O segundo sistema, denominado Pré-consciente (Pcs.), compreende os elementos mentais prontamente acessíveis à consciência.

O terceiro sistema, chamado Consciente (Cs.), inclui tudo que for consciente em determinado momento. Entretanto, considera-se que todo material que fora consciente, no momento seguinte passa para o pré-consciente. Consideramos, também, que certas experiências, conscientes, ao serem vencidas, em parte são gravadas no pré-consciente, enquanto determinado componente é recalçado ao inconsciente.



TEORIA PSICANALÍTICA III

5

INTRODUÇÃO

“Conhecereis a verdade e a verdade vos libertará.”

O século XVIII foi denominado Época da Razão; o século XIX, Época do Progresso, e o século XX, Época da angústia. Com o domínio de muitas das doenças físicas que o afligiram da história através da história, o homem tornou-se cada vez mais consciente do papel dos fatores psicológicos na sua vida. Os homens civilizados – pelo menos a maioria afortunada – não são mais vítimas de fome e epidemias. A peste negra foi substituída por uma série de pragas psicológicas mais sutis – preocupação, conflitos de valores, solidão, desilusão e dúvidas quanto à possibilidade de encontrar o triunfo através do complexo labirinto de caminhos livres e becos sem saída que formam a vida contemporânea.

Com todas as suas incertezas e angústias, o homem contemporâneo tem poucas crenças morais para guiá-lo. Consequentemente vacila entre uma miríade de religiões, filosofias e programas sociais, em excessiva para ele, e o indivíduo se torna um caso de análise. É surpreendente observar como as neuroses, psicoses e anomalias sexuais inutilizam mais pessoas do que outros problemas de saúde. Assim, o estudo da formação e desenvolvimento da personalidade é indispensável para o psicanalista ajudar o indivíduo no seu ajustamento, reduzir o grande tributo de infelicidade e perda de produtividade que o desajustamento tem provocado na nossa sociedade.



II. FASE ORAL

II. 1. DEFINIÇÃO

Fase oral é a primeira fase da evolução libidinal. O prazer sexual está predominantemente ligado à excitação da cavidade bucal e dos lábios que acompanham a alimentação. A atividade de nutrição fornece as significações eletivas pelas quais se exprime e se organiza a relação de objeto.

A fase oral foi dividida em duas fases: sucção e sádico-oral ou canibalística. A primeira, cuja satisfação é assegurada pela atividade de sugar, se estende até o sexto mês. Na segunda fase, a forma de prazer muda com o aparecimento dos dentes e substitui a sucção pelo prazer de mastigar e devorar estende-se dos seis meses até por volta dos dois anos.

Este período do desenvolvimento da personalidade é assim chamado porque a maior parte das necessidades e interesses da criança está concentrada na porção superior do trato digestivo. Os seus impulsos são satisfeitos principalmente, na área da boca, esôfago e estômago, ou melhor, a libido está intimamente associada ao processo da alimentação.

II. 2. O RECÉM-NASCIDO E A MÃE

Em relação aos outros seres VIVOS, o ser humano nasce muito menos amadurecido e preparado para enfrentar os problemas relativos à sua sobrevivência. No recém-nascido humano, com sua condição biológica mais imatura, as atitudes maternas terão uma importância muito maior. Desde os primeiros instantes de vida, o comportamento materno exerce influência na formação da personalidade da criança, mesmo sem o uso de comunicação verbal.

A maneira como a mãe soluciona os problemas decorrente de seu novo papel, expressada pelos gestos e sentimentos em relação ao filho, irá segundo o seu resultado, provocar respostas de prazer ou desprazer no organismo infantil e isto terá um efeito duradouro na sua concepção da realidade.

Alguns aspectos maternos são indispensáveis para o bom relacionamento mãe-filho, base para um bom desenvolvimento vitorioso da personalidade. Entre eles podem ser citados os seguintes:

- A atração que a mãe sente pelo filho, é expressa pela aceitação, prazerosa e incondicional, de ter sobre os seus cuidados um novo ser;
- O sentimento de empatia pela criança, manifestado pela capacidade de reconhecer as necessidades do filho, ser sensível aos seus apelos e responder de maneira eficiente e oportuna;
- A capacidade de aceitar o filho como ser independente de si mesma, com características próprias, exigências e direitos legítimos;



INTRODUÇÃO À FILOSOFIA

6

FILOSOFIA: ATIVIDADE MILENAR DE INVESTIGAÇÃO

Concepções da palavra Filosofia:

Em primeiro lugar, Filosofia é uma palavra grega, formada por *filia* (amor) e *safia* (saber). Os historiadores da Filosofia dizem que o primeiro filósofo foi Tales, natural de Mileto, Grécia. Isso coloca a origem da Filosofia no final do século VII a.C. e início do século VI a.C. Sua indagação era a respeito da origem e ordem do universo. O nome dado para esse conhecimento era: cosmologia. Outra palavra grega: *cosmos* significa mundo ordenado e organizado. *Logia*, que vem da palavra *logos*, significa *palavra, discurso, pensamento organizado*. Alguns traduzem por razão. Tales de Mileto se preocupava com a ordem do universo e com seu funcionamento. Para Tales, o elemento fundamental, de onde todas as coisas vêm, é a água.

Os historiadores classificam os primeiros filósofos em escolas, levando em consideração os pontos convergentes entre eles. Tales pertencia à Escola Jônica (da região dos gregos jônicos, na costa ocidental da Ásia, na época do Império Persa, hoje Turquia). À mesma escola pertenciam Anaximenes e Anaximandro, ambos de Mileto e Heráclito, que era de Éfeso. Tales e seus colegas milésios, consideravam o Universo do ponto de vista *estático*, ou seja, procuravam determinar o elemento primordial, a matéria primitiva de que são compostos todos os seres: terra, ar, água e fogo. Já Heráclito (entre século V e VI a.C.) tinha um ponto de vista *dinâmico* da realidade. Preocupava-se com a causa fundamental da constante mudança de tudo. Por que tudo muda? A causa do movimento contínuo estaria na oposição dos elementos, na luta entre os opostos.

Mas todos, tanto os do ponto de vista estático ou o dinâmico, ao investigar o cosmos recorriam às diversas ciências disponíveis na época, como a matemática, física, astrologia, etc. Isso quer dizer que o filósofo não tinha formação em um só saber; ele dispunha das ciências conhecidas da época, de tal modo que o filósofo não tinha especificidade em seu saber, procurava dominar saberes que auxiliavam na compreensão do mundo. A especificidade dos estudos em diferentes ciências é coisa moderna. Antigamente a formação era mais ampla. E na medida em que a Filosofia foi se constituindo como um saber organizado, houve necessidade de sistematizá-la. Isso ocorreu em torno do século V a.C. e IV a.C.

Atividade filosófica

A atividade filosófica acompanha o ser humano na trajetória do desenvolvimento do seu saber. É o modo como a pessoa, que quer conhecer a realidade, se dirige a ela. É INDAGAÇÃO e REFLEXÃO. Indagar é a atitude de procurar saber, tentar descobrir, investigar, pesquisar, averiguar. Portanto, a INDAGAÇÃO filosófica, inerente à atitude de quem quer buscar o conhecimento, caracteriza-se pelo *perguntar o que a coisa, ou valor, ou a idéia, é. A Filosofia pergunta qual é a realidade ou natureza e qual é a significação de alguma coisa, não importa qual; perguntar como, a coisa, a idéia ou o valor, é. (...) Perguntar por que a coisa, a idéia ou o valor, existe e é como é. A Filosofia*



Acontecimentos históricos

Primeira Guerra Mundial (1914-1918)
 Revolução Russa (1917)
 Ascensão do fascismo na Itália (1922)
 Quebra da Bolsa de Nova Iorque (1929)
 Brasil: Revolução de 30 (Vargas – Fim da República Velha)
 Portugal: ditadura de Salazar (1932-1968)
 Ascensão do nazismo na Alemanha (1933)
 Brasil: Estado Novo (1937-1945)
 Espanha: guerra civil; ditadura de Franco (1939-1969)
 Segunda Guerra Mundial (1939-1945)
 Bomba atômica – Hiroshima e Nagasaki (1945)
 Brasil: República populista (1945-1964)
 Guerra Fria: EUA x URSS
 República Popular da China (1949)
 Revolução Cubana (1959)
 Descolonização da África e Ásia
 Brasil: golpe militar de 1964
 Brasil: Nova República (1985)
 Queda do muro de Berlim (1989)
 Desagregação dos Estados socialistas (a partir de 1991)

Movimentos artísticos

Os movimentos artísticos no século XX são muitos e coexistem numa mesma época. Assim, indicamos somente a data de seu surgimento.

1905 – Fauves (França)
 Expressionismo – A ponte (Alemanha)
 1908 – Cubismo (França)
 1909 – Futurismo – Itália
 1911 – Expressionismo abstrato – Cavaleiro azul (Alemanha)
 1913 – Suprematismo (Rússia)
 1916 – Dadaísmo (Suíça)
 1917 – Neoplasticismo – De Stijl (Holanda)
 1924 – Surrealismo (França)
 Bauhaus (Alemanha)
 Anos 50 – Action-painting (Estados Unidos)
 Op-art (Estados Unidos)
 Anos 60 – Pop-art
 Minimalismo
 Hiper-realismo
 Anos 70 – Arte-conceitual

Correntes filosóficas

Crítica da ciência: Ernst Mach (1838-1916), Pierre Dunem (1861-1916), Henri Poincaré (1854-1912) filosofia da matemática (logística): Gottlob Frege (1848-1925), Giuseppe Peano (1858-1932), George Can-Círculo de Viena (positivismo lógico): Rudolf Carnap (1891-1970), Moritz Schlick (1882-1936).



Tendências contemporâneas: Karl Popper (1902), Thomas Kuhn (1922), Imre Lakatos (1922-1974), Paul Feyerabend (1924)

Epistemologia francesa: Gaston Bachelard (1884-1922), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), Michel Foucault (1926-1984).

Pragmatismo: William James (1842-1910), Sanders Peirce (1839-1914), John Dewey (1859-1952)

Neokantismo:

Escola de Marburg: Hermann Cohen (1842-1918), Ernst Cassirer (1874-1945), Paul Natorp (1854-1924)

Escola de Baden: Wilhelm Windelband (1848-1915), Heinrich Rickert (1863-1936)

Neocriticismo: Charles Renouvier (1815-1903), Octave Hamelin (1856-1907)

Espiritualismo Cristão: Louis Lavelle (1883-1951). René Lê Senne (1883-1954), Maurice Blondel (1861-1949)

Racionalismo: Alain (pseud. de Émile-Auguste Chartier, 1868-1951). Léon Brunschvicg (1866-1952)

Historicismo: Wilhelm Dilthey (1833-1911)

Neo-Hegelianismo: (espiritualista): Giovanni Gentile (1875-1944). Benedetto Croce (1866-1952)

REFERÊNCIAS

1. ADORNO & HORKEIMER. *Dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. 3. ed.
2. ARISTÓTELES. Ética a Nicômono. in série *Os Pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 1991.
3. ARANHA, Maria Lúcia de Arruda, MARTINS, Maria Helena Pires. *Temas de Filosofia*. São Paulo: Cia. das Letras, 1991, v. 3.
4. _____ *FILOSOFANDO*, Introdução à Filosofia. São Paulo. Ed. Moderna – 1993.
5. ARISTÓTELES, *Metafísica*. Edição trilingue (greco-latino-espanhola). Madrid: Editorial Gredos, 1990.
6. ASSOUN, Paul-Larent. Freud: A Filosofia e os Filósofos. Trad. de H. Japiassú. Rio de Janeiro. F. Alver, 1978.
7. BERMAN, Marshall. *Tudo o que é sólido desmancha no ar. A aventura da modernidade*. São Paulo: Cia. das Letras, 1993.



CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE**MÓDULO II****Sumário****DISCIPLINAS/UNIDADES**

<u>UNIDADE 1: PSIQUIATRIA I</u>	<u>4</u>
<u>UNIDADE 2: PSIQUIATRIA II</u>	<u>24</u>
<u>UNIDADE 3: CAUSAS DO COMPORTAMENTO ANORMAL</u>	<u>56</u>
<u>UNIDADE 4: PROCESSO PSICANALÍTICO I</u>	<u>79</u>
<u>UNIDADE 5: PROCESSO PSICANALÍTICO II</u>	<u>97</u>
<u>UNIDADE 6: FUNDAMENTOS DA TÉCNICA PSICANALÍTICA I</u>	<u>128</u>

**Unidade****PSIQUIATRIA I****1****Índice**

Introdução

A Psiquiatria e suas Relações com a Psicanálise e a Neurologia

Classificações, Definições e outras Controvérsias

Entrevista e Exames Psiquiátricos

A Entrevista Psiquiátrica

O Exame do Estado Mental

Transtornos Cognitivos

Delirium

Demência

Transtornos Amnésicos

Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos

Esquizofrenia

Esquizofrenia Tipo Paranóide

Esquizofrenia Tipo Desorganizado, ou Hebefrênico

Esquizofrenia Tipo Catatônico

Esquizofrenia Tipo Indiferenciado

Esquizofrenia Tipo Residual

Transtorno Esquizofreniforme

Transtorno Esquizoafetivo

Transtorno Delirante

Transtorno Psicótico Breve

Outros Transtornos Psicóticos

Transtornos de Humor

Transtornos Depressivos

Transtorno Depressivo Maior

Transtorno Distímico

Transtornos Bipolares

Transtorno Bipolar I



Transtorno Bipolar II

Transtorno Ciclotímico

Transtornos de Ansiedade

Pânico

Fobias

Introdução

A Psiquiatria e suas Relações com a Psicanálise e a Neurologia

A Psiquiatria é a especialidade médica que lida com as antigamente chamadas “doenças mentais”, ou seja, com todos os transtornos que podem afetar as funções da “mente” humana. Como é difícil, se não impossível, definir claramente o que é a “mente”, torna-se naturalmente complicado definir-se o que é e qual área de atuação da Psiquiatria.

Historicamente, a Psiquiatria se “desdobrou” como especialidade da Neurologia, tendo em Freud, com seus estudos e o desenvolvimento da Psicanálise, uma grande “alavanca” para seu estabelecimento como especialidade individualizada. Freud não era um Psicólogo ou Psiquiatra, mas sim um Neurologista, que acreditava serem os distúrbios mentais, bem como a mente “em si”, decorrentes de funções físicas e químicas, normais ou patológicas, do Sistema Nervoso Central, negando até o fim a possibilidade da existência de fenômenos místicos, paranormais, etc. Era portanto, uma visão *materialista* do ser humano, bem condizente com o pensamento da época, e ainda hoje prevalecendo no círculo médico, principalmente entre os Neurologistas.

Já os Psiquiatras, dependendo de suas escolas de formação, têm uma visão mais ou menos materialista, admitindo ou não a existência de fenômenos “não-materiais” (espirituais, místicos ou paranormais), mas sempre com uma abordagem da mente e do pensamento muito mais direcionada ao conteúdo e à manifestação deste conteúdo, do que à anatomia e à fisiologia dos órgãos do Sistema Nervoso, como é o caso da Neurologia.

Como já seria de se esperar, existem muitas áreas “limítrofes” entre as duas especialidades, e às vezes nem mesmo os médicos de outras especialidades sabem ao certo para quem devem encaminhar um paciente que tenha distúrbios do sono, da fala, da memória, ou até do humor, para citar alguns exemplos.

E o Psicanalista, aonde fica? Bem, segundo a opinião de muitos médicos, a Psicanálise não deveria ser exercida por Psicanalistas ou Psicólogos, mas apenas por Psiquiatras. Outros, talvez menos egocêntricos (ou com menos receio de “perder o mercado”), percebem a impossibilidade de uma pessoa se aprofundar em seus estudos em tantas áreas distintas, e recebem até com alívio a formação de pessoas especializadas em uma terapêutica “não biológica”, para quem possam encaminhar seus pacientes que não tenham indicação de tratamento medicamentoso, ou mesmo que possam ter um benefício do tratamento complementar, “biológico” e psicoterápico (especificamente, em nosso caso, psicanalítico).



PSIQUIATRIA II

2

Índice

Transtorno Obsessivo-Compulsivo

“Stress” Agudo e Pós-traumático

Ansiedade Generalizada

Transtornos Somatoformes

Transtorno de Somatização

Transtorno Conversivo

Hipocondria

Dor e Transtorno Doloroso

Transtornos Dismórfico Corporal

Transtornos Factícios

Transtornos Dissociativos

Amnésia Dissociativa

Fuga Dissociativa

Transtorno Dissociativo de Identidade (Personalidade Múltipla)

Transtornos de Despersonalização

Transe Dissociativo

Transtornos Sexuais

Disfunções Sexuais

Parafilias

Transtornos de Identidade de Gênero

Transtornos Alimentares

Aneroxia Nervosa

Bulimia Nervosa

Transtornos do Sono

Dissonias

Parassonias

Transtornos Relacionados a Substâncias

Medicamentos mais Comumente Usados em Psiquiatria e Neurologia, e Outras Terapias “Biológicas”



Antidepressivos

Antipsicóticos (Neurolépticos)

Ansiolíticos e Indutores de Sono

Anti-Parkinsonianos

Anti-Convulsivantes

Eletroconvulsoterapia (ECT)

Psicocirurgia

Homeopatia

Acupuntura

Terapias “Alternativas”

O Efeito Placebo e a “Cura pela Fé”

Conclusão

Apêndice A: Classificação dos Transtornos Mentais do DSM-IV

Bibliografia

Trabalho

**Unidade****CAUSAS DO COMPORTAMENTO ANORMAL****3**

Ao discutir a dinâmica do desenvolvimento e do ajustamento da personalidade, como ao descrever o que ocorre quando a tensão se torna excessivamente severa, preparamos o caminho para um exame das causas do comportamento anormal – desenvolvimento deficiente e tensão excessiva.

Para compreender a causa, é muitas vezes útil dividir os fatores causais em categorias biológicas e sociológicas. As perturbações mentais que reconhecidamente se baseiam em patologia do cérebro – por exemplo, infecção sífilítica do cérebro ou degeneração cerebral na senilidade – são denominadas orgânicas ou biogênicas. Quando não existe patologia cerebral conhecida e a perturbação se baseia, presumivelmente, em suposições falsas, capacidades inadequadas e outras condições que levam a reações desajustadoras à tensão, perturbação é denominada psicogênicas. Finalmente, existem perturbações cuja natureza é fundamental sociogênica – em que os fatores sociológicos, por exemplo, as privações econômica e cultural, provocam deformações no desenvolvimento ou criam tensões excessivamente grandes para o ajustamento saudável. No entanto, quando os fatores biológicos, psicológicos ou sociológicos desempenham o papel dominante, lidamos sempre com uma interação de determinantes que contribuem, em graus diferentes para a perturbação mental.

Os fatores causais são também freqüentemente divididos em causas que precipitam e causas que predispoem à doenças. Os fatores de predisposição aparecem antes e preparam o caminho para psicopatologia posterior, pois reduzem a capacidade de ajustamento do indivíduo – por exemplo, no caso de fadiga ou superproteção dos pais. As causas precipitantes representam a condição específica – por exemplo, doença cerebral ou decepção amorosa – que foi excessiva para o indivíduo e precipitou os sintomas. Em determinado caso o padrão exato de causas de predisposição e precipitação pode não estar claro, e o que precipita os sintomas de hoje pode tornar-se um fator de predisposição para o comportamento de amanhã.

**Unidade****4****PROCESSO PSICANALÍTICO I****ÍNDICE**

- I – O Processo Psicanalítico
 - 1 – O que é?
 - 2 – Analisabilidade
 - 3 – O Par Analítico
- II – Passos do Processo Psicanalítico
 - 1 – Ambiente – *Disposição de um consultório*
 - 2 – Anamnese
 - 3 – Entrevista
 - 4 – O Contrato Analítico:
 - A questão das anotações
 - Uso do Divã
 - Intercâmbio de tempo e dinheiro
 - Frequência e duração das sessões
 - Tempo provável para um tratamento psicanalítico
 - Férias
 - Regra da Livre Associação
 - Pagamento das Faltas
 - Mudança de horários
 - O material onírico
 - Regra de abstinência
 - 5 – Postura do Psicanalista
- III – A Livre Associação
 - 1 – Definição
 - 2 – O processo
 - 3 – Um exemplo detalhado de Associação de Idéias
 - 4 – Questionário para atuação do Psicanalista



O PROCESSO PSICANALÍTICO

1 – O que é?

Embora lidando com uma palavra aparentemente simples, quando contextualizamos a mesma à Psicanálise observamos que começa a ser objeto de polêmica. Entretanto, vamos nos prender à significação mais simples, embora encontremos mesmo assim uma possível dificuldade, quando se trata de sua semelhança com *Situação Analítica*. Por enquanto consideraremos *Processo* como sinônimo de *Situação Analítica*.

Pretendendo definir Processo Psicanalítico, queremos dizer que o tratamento psicanalítico tem um sítio, um *lugar*, e esse *lugar* é encontrado dentro da Situação Analítica. O processo é então o conjunto de fases sucessivas dentro da situação como um todo. E, em particular, a Situação fica sendo “*a configuração total das relações interpessoais que se desenvolvem entre o Psicanalista e seu paciente.*”

Podemos criar um conceito mais simples ainda, se dissermos que o *Processo* inclui todos os procedimentos havidos entre Psicanalista e paciente, desde a escolha do primeiro até a RTN (reação terapêutica negativa) que o paciente experimenta quando de fato seu tratamento já está encerrado.

2 – Analisabilidade

Segundo os didatas mais famosos, toda vez que não existir uma contra-indicação específica e irrecusável, a Psicanálise é indicada.

Entretanto, falando das contra-indicações, podemos relacionar as de natureza familiar, religiosa, amizade etc... Mas, seriam todos os pacientes analisáveis? Seriam todos os pacientes analisáveis por quaisquer Psicanalistas? Há enfermidades do universo psíquico que não são analisáveis?

Outras perguntas poderiam ser levantadas, contudo tentaremos responder estas que nos parecem mais prementes.

Seriam todos os pacientes analisáveis?

Embora do ponto de vista etiológico, da natureza da enfermidade, o sejam, há pacientes que não preenchem os requisitos para tal. E nesse caso, até os fatores *inteligência, cultura, universo religioso*, etc. podem contra-indicar. Nesse caso o paciente não produzirá o suficiente para o processo de interpretação ou não acompanhará o raciocínio sempre avançado do Psicanalista. Um outro fator que não podemos descartar é a idade.

Seriam todos os pacientes analisáveis por quaisquer Psicanalistas?

Quando estivermos diante de um paciente analisável, precisamos ainda considerar a possibilidade do tal não ser analisável por nós. Há sempre a fenomenologia que pode contra-indicar. Por exemplo: A *Contra-transferência Negativa Imediata*. Além deste fator, pode o paciente apresentar uma postura e característica de personalidade desfavorável à constituição do *Par Analítico*. Isto exige muito cuidado na fase das entrevistas.


PROCESSO PSICANALÍTICO II
ÍNDICE

- IV – Aliança Terapêutica
- V – Transferência
- VI – Contra-transferência
- VII – Resistência
 - 1 – Definição
 - 2 – Tipos de Resistências
 - 3 – Generalidades sobre Resistências
- VIII – Os Mecanismos de Defesa – *Tipos sublimados de Resistências*
- IX – Angústia de Separação
- X – A Interpretação
- XI – Etapas da Análise
- XII – Vicissitudes do Processo Psicanalítico
- XIII – Leitura da reflexão: Essência e regra de auto-análise sistemática (Karen Horney)
- Anexo I
- Anexo II
- XIV – Leitura para reflexão: O papel do psicanalista no hospital psiquiátrico
- Anexo III
- XV – Bibliografia

IV – ALIANÇA TERAPÊUTICA

Na primeira parte deste estudo abordamos o chamado *Par analítico*. Vimos na ocasião que o par analítico constitui a combinação do melhor Psicanalista para determinado paciente, e vice-versa.

Na seqüência e combinação de fatores, em decorrência deste *par*, surgem a *transferência* e a *contra-transferência*, que estudaremos dentro em pouco.

Antes, porém, aparece este delicado assunto, a *Aliança*, por muitos confundida com transferência. Mas não confundamos – a transferência ocupa uma parte definida do universo psicanalítico. Nem tudo que ocorre na situação analítica é transferência. Temos, contudo, que reconhecer que a linha divisória entre a *Aliança Terapêutica* e a *Transferência* é muito tênue.

Como defini-la? Segundo Zetzel, ***Aliança Terapêutica é uma espécie de transferência racional***. Essa *transferência racional* se caracteriza, sobretudo, por não ter o aspecto de neurose, o que chamamos de *neurose de transferência*. A diferença está na intensidade, racionalidade, consciência de que os afetos que surgem não são frutos de paixão mas do relacionamento. Por outro lado, a transferência se reveste da irracionalidade, envolvimento afetivo que não permite ao paciente distinguir os níveis de sentimentos.

Podemos situar melhor a *Aliança Terapêutica* em relação à *Transferência*, do seguinte modo: A Aliança Terapêutica é favorável, colaboradora do processo, enquanto que a transferência, embora fundamental para a cura, em princípio opera negativamente,



tende a atrapalhar. Aparece como embaraço que deve ser interpretado, caso contrário inviabiliza o tratamento, que se perpetuará.

A experiência tem-nos ensinado também outra coisa: a Aliança Terapêutica não necessita de interpretação, nem teríamos como fazê-lo.

Precisamos confessar, entretanto, que a diferença entre a neurose de transferência e a aliança não é absoluta. É mais uma diferença de compreensão do que de natureza de sentimentos. Em suma, o que o paciente sente, em ambos os casos, é a mesma coisa. Mas a posição e análise pessoal do paciente difere.

Uma outra situação interessante, é que na transferência a luta do psicanalista é para interpretá-la, afastá-la, dando lugar à possibilidade de instalação da dinâmica interpretativa. Na aliança terapêutica ocorre exatamente o contrário: o Psicanalista a reforça. Ele precisa da manutenção desse clima para sustentar a confiabilidade.

Finalizando, diríamos que o ideal da transferência é que se transforme ou evolua para a Aliança Terapêutica. Uma coisa é que ambos não se encontrarão ao mesmo tempo em um paciente. Outra coisa se discute: *Pode existir Aliança Terapêutica sem o processo inicial da transferência.*

V – TRANSFERÊNCIA

Definição: *Atitudes, sentimentos e fantasias que um paciente experimente, na situação analítica, em relação ao seu Psicanalista, muitas das quais emergem, de modo aparentemente irracional, de suas próprias necessidades inconscientes e conflitos, em vez de circunstâncias reais de suas relações com o analista. Assim, o paciente atribui, inconscientemente, características de seu pai, mãe, irmãos, etc. ao analista, enquanto este representará qualquer dessas pessoas em relação ao paciente.*

A teoria da transferência é uma das maiores contribuições de Freud à ciência e também o pilar do trabalho psicanalítico.

A transferência precisa ser entendida como um *falso enlace*, que tem, em princípio, dois objetivos, ambos inconscientes:

- a. Satisfazer as necessidades propriamente inconscientes, confundindo a pessoa do Psicanalista com as pessoas que faltaram ou faltam na vida do paciente;
- b. Evitar a subida do mundo inconsciente ao consciente, funcionando desse modo como resistência, como dissimulação, com o fim de direcionar as energias mentais para um lado que embargue a manifestação do universo inconsciente.

Em ambos os casos, “a transferência que se destina a ser maior obstáculo para a Psicanálise, se converte em seu auxiliar mais precioso, quando se consegue detectar em cada caso (e manifestação) e traduzi-la para o enfermo”.

Em qualquer caso, a transferência jamais poderá ser entendida como uma fraqueza de caráter, como “safadeza” do paciente, mas como algo inevitável às pessoas mais sérias. É sempre um problema da personalidade no que diz respeito às neuroses, carências, etc. As pessoas que sufocam as manifestações transferenciais, o que conseguem é plasmar mais uma carência, fortalecendo assim o patrimônio neurótico.


FUNDAMENTOS DA TÉCNICA PSICANALÍTICA I
ÍNDICE
1. Resistência

 1.1 *Introdução*

 1.2 *Definição*
2. Aspectos clínico da resistência

 2.1 *O Silêncio do paciente*

 2.1.1 *Ante o paciente silencioso (I)*

 2.1.2 *Ante o paciente silencioso (II)*

 2.2. *O silêncio do Analista*

 2.2.1 *O silêncio como ferramenta para o analista*

 2.3 *Afetos indicando resistência*

 2.4 *A postura do paciente*

 2.5 *Fixação no tempo*

 2.6 *A maneira de falar dos que evitam*

 2.7 *Atraso, não comparecer às sessões, esquecer de pagar*

 2.8 *A ausência de sonhos*
3. Classificação das resistências

 3.1 *De acordo com a fonte de resistência*

 3.1.1 *Resistência da repressão*

 3.1.2 *Resistência da transferência*

 3.1.3 *Resistência que deriva do ganho resultante da doença*

 3.1.4 *Resistência do Id*

 3.1.5. *Resistência do Superego*

 3.2 *De acordo com os pontos de fixação*

 3.3 *De acordo com os tipos de defesa*

 3.3.1 *Atividades defensivas no plano da repressão*

 3.3.1.1 *Repressão, recalque*

 3.3.2 *atividades defensivas para fortalecer a repressão*

 3.3.2.1 *anulação*

 3.3.2.2 *conversão*

 3.3.2.3 *deslocamento*

 3.3.2.4 *dissociação da consciência*

 3.3.2.5 *escotomização*

 3.3.2.6 *humor*

 3.3.2.7 *inibição*

 3.3.2.8 *isolamento*

 3.3.2.9 *lembrança encobridora*

 3.3.2.10 *negação*

 3.3.2.11 *postergação de afetos*

 3.3.2.12 *Racionalização*

 3.3.2.13 *surdez emocional*

 3.3.3 *Atividades defensivas para manter a repressão*

 3.3.3.1 *formações reativas*

 3.3.4 *Atividades defensivas regressivas*



-
- 3.3.4.1 regressão
 - 3.3.4.2 fixação
 - 3.3.5 Atividades defensivas envolvendo a relação com o outro
 - 3.3.5.1 projeção
 - 3.3.5.2 introjeção
 - 3.3.5.3 identificação
 - 3.3.6 Atividades para a superação de conflitos
 - 3.3.6.1 elaboração
 - 3.3.6.2 idealização
 - 3.3.6.3 renúncia altruística
 - 3.3.6.4 reparação
 - 3.3.6.5 simbolização
 - 3.3.7 atividade defensiva com destaque especial
 - 3.3.7.1 sublimação

***“A presença de alguém com quem se possa compartilhar
e comunicar alegria e sofrimento
cura o trauma.”
Sándor Ferenczi***

1. RESISTÊNCIA

1.1 – INTRODUÇÃO

O conceito de Resistência foi introduzida cedo por Freud; pode-se dizer que exerceu um papel decisivo no aparecimento da psicanálise. Com efeito, renunciou à hipótese e à sugestão essencialmente porque a resistência maciça que certos pacientes lhe opunha parecia ser por um lado legítima, e, por outro, não pode ser superada nem interpretada. Isto, pelo contrário, se torna possível pelo método psicanalítico, na medida em que permite a elucidação progressiva das resistências que se produzirão particularmente pelas diferentes maneiras como o paciente infringe a regra fundamental.

Foi como obstáculo à elucidação dos sintomas e à progressão do tratamento que a resistência foi descoberta.

Sabemos que Freud sempre considerou a interpretação da resistência, juntamente com a transferência, como as características específicas da sua técnica. Mas a transferência deve ser parcialmente considerada uma resistência, na medida em que substitui a lembrança falada pela repetição atuada; e devemos ainda acrescentar que a resistência a utiliza mas não a constitui.

A resistência não é algo que aparece de tempos em tempos, durante a análise, mas algo constantemente presente durante o tratamento.

Freud considerava os fenômenos da resistência intimamente (embora não exclusivamente) relacionados a toda a gama e mecanismos de defesa do paciente, não apenas ao mecanismo da repressão, ainda que ele freqüentemente usasse o termo “repressão” como sinônimo de defesa geral. Esses mecanismos são desenvolvidos e utilizados para fazer a situações de perigo (especialmente os perigos que surgiriam se os desejos inconsciente sexuais ou agressivos conseguissem expressar-se, livre e diretamente, na consciência ou na conduta). “Os mecanismos defensivos dirigidos contra um perigo passado reaparecem no tratamento sob a forma de resistência contra



a cura. Disso se depreende que o ego considera a própria cura como um novo perigo”. (Freud, 1937).

Em 1936, Anna Freud, em seu livro *O Ego e os Mecanismos de defesa*, salientou o modo como as resistências podem proporcionar informações sobre o funcionamento mental do paciente. As resistências, na medida em que refletem o tipo de conflito e as defesas utilizadas, tornaram-se elas próprias objeto de estudo. A análise das resistências poderia ser encarada, em essência, como a análise daqueles aspectos das defesas do paciente que se fundiram ao resultado patológicos de seus conflitos e contribuíram para os mesmos. A “análise das defesas” mediante a análise das resistências, veio desempenhar um papel cada vez mais importante na técnica psicanalítica (Hartmann, 1951; Glover, 1955, Anna Freud, 1965).

Apesar de estreita ligação entre resistência e defesa, freqüentemente se tem acentuado que resistência não é sinônimo de defesa. Ao passo que as defesas do paciente são parte integral da sua estrutura psicológica, a resistência representa as tentativas do paciente no sentido de se proteger das ameaças a seu equilíbrio psicológico representadas pelo procedimento analítico. Conforme Greenson (1967) escreveu: “As resistências defendem o status quo da neurose do paciente. As resistências se opõem ao analista, ao trabalho analítico e ao ego racional do paciente”.

1.2– DEFINIÇÃO

O conceito de resistência foi introduzido cedo por Freud; pode dizer que exerceu um papel decisivo no aparecimento da psicanálise.

Chama-se resistência a tudo o que nos atos e palavras do analisando, durante o tratamento psicanalítico, se opõe ao acesso ao seu inconsciente.

É toda e qualquer manifestação de oposição ao método psicanalítico.

2. ASPECTO CLÍNICO DA RESISTÊNCIA

Antes que possamos analisar uma resistência temos que estar aptos a reconhecê-la. Devemos lembrar que as resistências aparecem numa variedade de maneiras complexas e sutis, em combinações ou formas misturadas e que os exemplos individuais e isolados não constituem a regra. Deve-se também salientar que todos os tipos de comportamento podem ajudar uma função de resistência. O fato de o material de um paciente revelar conteúdo inconsciente, impulsos instintuais ou lembranças reprimidas não exclui a possibilidade de uma resistência importante estar em ação no mesmo momento.

2.1 O SILÊNCIO DO PACIENTE

É a forma de resistência mais nítida e freqüente que encontramos na prática psicanalítica. Em geral, essa resistência significa que o paciente não está disposto – consciente ou inconscientemente – a transmitir seus pensamentos ou emoções ao analista. O paciente pode estar cômico de sua má vontade ou pode perceber apenas que parece que não há nada em sua mente. Em ambos os casos, é nosso dever analisar os motivos desse silêncio.

Podemos ter determinadas situações, em que o paciente, não está com vontade de falar. Neste caso, o paciente não está literalmente silencioso, mas está cômico de que não está com vontade de falar ou então ele não tenha nada a dizer.



MÓDULO III

Sumário

DISCIPLINAS/UNIDADES

UNIDADE 1: FUNDAMENTOS DA TÉCNICA PSICANALÍTICA II	4
UNIDADE 2: SEXOLOGIA I	34
UNIDADE 3: SEXOLOGIA II	68
UNIDADE 4: PSICOTERAPIA I	94
UNIDADE 5: PSICOTERAPIA II	101
UNIDADE 6: CLÍNICA INFANTIL I	112


FUNDAMENTOS DA TÉCNICA PSICANALÍTICA II
Índice
4. Técnica para analisar resistência
4.1 considerações preliminares

4.1.1 dinâmica da situação de tratamento

4.1.2 como é que o analista escuta

4.2 a identificação ou descoberta da resistência
4.3 confrontação: a demonstração de resistência
4.4 o esclarecimento da resistência
4.5 a interpretação da resistência

4.5.1 interpretando o motivo da resistência

4.5.2 interpretando a forma de resistência

4.6 problemas especiais ao analisar resistência

4.6.1 as resistências nas primeiras sessões

4.6.2 resistência à resistência

4.6.3 o segredo

5. Transferência
5.1 O que é e a sua importância para o processo terapêutico
6. As teorias topográficas e estrutural e a sua inter-relação com a transferência
6.1 A Teoria Topográfica

6.1.1 consciente

6.1.2 pré-consciente

6.1.3 inconsciente

6.2 A Teoria Estrutural

6.2.1 o Id

6.2.1.1 a transferência e o id; a compulsão à repetição

6.2.2 o Ego

6.2.3 o Superego

6.2.3.1 transferência e superego

7. As implicações da transferência na relação paciente-analista
8. A classificação das reações transferênciais
8.1 a transferência positiva
8.2 a transferência negativa

9. Neurose de transferência

10. Transferência e resistência

11. A contratransferência

12. Referências bibliográficas



4. TÉCNICA PARA ANALISAR RESISTÊNCIA

4.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A Psicanálise como técnica só começou a existir, quando as resistências foram analisadas e não evitadas ou superadas por outros meios. Não se pode definir técnica psicanalítica sem incluir o conceito da análise de resistência completo e sólido.

Não se deve entender a resistência apenas com oposição ao progresso de análise embora seja esta a sua manifestação clínica mais óbvia e direta. O estudo das resistências de um paciente irá lançar luz não só sobre muitas funções básicas do ego como também sobre seus problemas ao se relacionar com objetos. Além disso, a análise de resistência também explica a maneira pela qual as diversas funções do ego são influenciadas intra-estruturalmente pelo id, superego e mundo externo. E ainda mais, as resistências aos procedimentos terapêuticos reproduzem os conflitos neuróticos entre as diferentes estruturas psíquicas. A relação oscilante entre as forças das resistências, por um lado e o anseio de comunicar, por outro lado, pode ser notada com a maior nitidez nas tentativas do paciente ao fazer a associação livre. Este é um dos motivos pelos quais a associação livre é considerada o instrumento fundamental da comunicação no procedimento psicanalítico.

4.1.1 DINÂMICA DA SITUAÇÃO DE TRATAMENTO

A situação de tratamento mobiliza tendências conflitantes dentro do pacientes. Antes de tentarmos analisar as resistências do paciente, seria útil examinar o alinhamento das forças dentro do paciente. “Começarei enumerando aquelas que são favoráveis ao psicanalista, aos processos e procedimentos psicanalíticos” (Ralph Greenson).

- 1) A desgraça neurótica do paciente que o impede a trabalhar na análise por mais doloroso que seja.
- 2) O ego racional consciente do paciente que não perde de vista os objetivos do longo alcance e tem uma noção da base lógica da terapia.
- 3) O Id, o reprimido e seus derivados; todas aquelas forças dentro do paciente à procura de descarga e com tendência para aparecer nas produções do paciente.
- 4) A aliança de trabalho que capacita o paciente a cooperar com o psicanalista apesar da coexistência de sentimentos transferenciais opostos.
- 5) A transferência positiva desinstintualizada que permite ao paciente supervalorizar a competência do analista. Baseando-se nas poucas provas de que dispõe, o paciente vai aceitar o analista como um especialista, ou entendido no assunto.
- 6) O superego racional que impele o paciente a cumprir seus deveres e compromissos.
- 7) Curiosidade e desejo de se conhecer que motivam o paciente para se explorar e se revelar.
- 8) O desejo de progresso profissional e outros tipos de ambição.



SEXOLOGIA I

2

Índice

HISTÓRIA E SÓCIO-ANTROPOLOGIA DA SEXUALIDADE

ANATOMIA E FISILOGIA SEXUAL HUMANA

ANATOMIA DOS ÓRGÃOS GENITAIS

AS FASES DA RESPOSTA SEXUAL HUMANA

TRANSTORNOS (DISFUNÇÕES) SEXUAIS

TRANSTORNOS DO DESEJO SEXUAL

TRANSTORNOS DA EXCITAÇÃO SEXUAL

TRANSTORNOS DO ORGASMO

TRANSTORNOS DE DOR SEXUAL

AS PARAFILIAS

Exibicionismo

Fetichismo

Frotteurismo

Pedofilia

Sadismo e Masoquismo Sexuais

Voyeurismo

Fetichismo Transvéstico

Necrofilia

Zoofilia

Urofilia

Coprofilia e Clismafilia

Parcialismo

Escatologia Telefônica

Masturbação

IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

ORIENTAÇÃO SEXUAL: "HETERO", "HOMO" OU "BI"?

TRANSTORNOS DE IDENTIDADE DE GÊNERO

A VISÃO DE FREUD SOBRE A SEXUALIDADE

RESUMO DOS "TRÊS ENSAIOS SOBRE A TEORIA DA SEXUALIDADE"

Fatores Que Perturbam O Desenvolvimento

Constituição E Hereditariedade

Elaboração Ulterior

Recalcamento

Sublimação

Experiências Acidentais

Precocidade

Fatores Temporais

Adesividade

Fixação



LISTA DOS ESCRITOS DE FREUD QUE VERSAM PREDOMINANTEMENTE OU EM GRANDE PARTE SOBRE A SEXUALIDADE

INTRODUÇÃO

O estudo da sexualidade, para o psicanalista, é questão fundamental em vários aspectos. Em primeiro lugar está a importância dada por Freud para a sexualidade, como origem não só de todas as neuroses, como também de praticamente todo o comportamento humano. Além disso, na prática psicanalítica, embora no início do tratamento raramente venham à tona as queixas diretamente relacionadas à sexualidade, invariavelmente estas aparecerão no decorrer do processo analítico, desde que haja um bom *rapport*, e uma disposição do terapeuta no sentido de abordar com naturalidade tais questões.

Infelizmente, porém a sexualidade está envolta por uma enorme gama de preconceitos e distorções, por razões históricas, sociais e culturais diversas, e os profissionais da área de saúde, incluindo os psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, não estão imunes a todas estas influências. O melhor exemplo disso é o próprio Freud que, com sua decisiva influência na formação e transformação dos conceitos psicológicos da Humanidade, por vezes contribuiu para a disseminação de conceitos absolutamente errôneos, que até hoje têm seus adeptos, como por exemplo, o conceito de que existem dois tipos de orgasmo feminino, o vaginal e o clitoridiano, sendo este último um orgasmo “imaturo”, e, portanto, indesejável...

Neste módulo, portanto, procuraremos mostrar os principais conceitos, atualizados segundo os conhecimentos atuais, a respeito da sexualidade, segundo uma abordagem multidisciplinar, abrangendo aspectos históricos, sociais, antropológicos, biológicos e psicológicos, além de conceituar os transtornos da sexualidade, como classificados atualmente pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação Americana de Psiquiatria. Abordaremos também algumas questões relativas à identidade de gênero e à orientação sexual, sem no entanto ter a pretensão de esgotar um assunto tão vasto e abrangente, tão corriqueiro e ao mesmo tempo tão misterioso e, de certo modo, desconhecido.

**A SEXUALIDADE INFANTIL E A PSICANÁLISE.**

Na experiência e na teoria psicanalíticas, “sexualidade” não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.), e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual.

A psicanálise confere, como sabemos, grande importância à sexualidade no desenvolvimento e na vida psíquica do ser humano. Mas não poderemos compreender esta tese sem avaliarmos, ao mesmo tempo, a transformação por que passou a noção de sexualidade. Não pretendemos aqui determinar qual a função da sexualidade na apreensão psicanalítica do homem, mas apenas precisar, quanto à sua extensão e compreensão, o uso que os psicanalistas fazem do conceito da sexualidade. Se partirmos da visão comum que define a sexualidade como instinto, isto é, como um comportamento pré-formado, característico da espécie, como um objeto (parceiro do sexo oposto) e uma meta (união dos órgãos genitais no coito) relativamente fixos, perceberá que ela só muito imperfeitamente explica fatos fornecidos tanto pela observação direta como pela análise.

Em extensão a existência e a frequência das perversões sexuais, cujo inventário fora realizado por alguns psicopatologistas do fim do século XIX (Krafft-Ebing, Havelock Ellis), mostraram que existe grande variedade quanto à escolha de objeto sexual e quanto ao modo de atividade utilizado para obter a satisfação. Freud estabelece que existem numerosas transições entre a sexualidade perversa e a chamada sexualidade normal: aparecimento de perversões temporárias quando a satisfação habitual se torna impossível, presença – sob a forma de atividades que preparam e acompanham o coito (prazer preliminar) – de comportamentos encontrados nas perversões, seja como substitutos, seja como condição indispensável da satisfação.

A psicanálise das neuroses mostra que os sintomas constituem realizações de desejos sexuais que se efetuam sob forma deslocada, modificada por compromissos com a defesa, etc. Por outro lado, são freqüentemente desejos sexuais perversos que encontramos por detrás deste ou daquele sintoma. Para Freud, é sobretudo a existência de uma sexualidade infantil, que atua desde o princípio da vida, que vem ampliar o campo daquilo que os psicanalistas chamam sexual. Ao falarmos de sexualidade infantil, não pretendemos reconhecer apenas a existência de excitações ou de necessidades genitais precoces, mas também de atividades aparentadas com as atividades perversas do adulto, na medida em que põem em jogo zonas corporais (zonas erógenas) que não são apenas a zonas genitais, e na medida em que buscam um prazer (sucção do polegar, por exemplo). Neste sentido, os psicanalistas falam de sexualidade oral, anal, etc. Em compreensão esta maior extensão do campo da sexualidade levou necessariamente Freud a procurar determinar os critérios daquilo que seria especificamente sexual nestas diversas atividades. Uma vez estabelecido que o sexual não é redutível ao genital (assim como o psiquismo não o é ao consciente), o que autoriza o psicanalista a atribuir caráter sexual a processos onde o



INTRODUÇÃO À PSICOTERAPIA

A psicoterapia é um valioso recurso para **lidar com as dificuldades da existência** em todas as formas que o sofrimento humano pode assumir como crises pessoais, conflitos conjugais e familiares, transtornos psicopatológicas, distúrbios psicossomáticos, crises existenciais e problemas nas transições entre as fases da vida, etc.

A psicoterapia é também um espaço favorável ao **crescimento pessoal**, um lugar/tempo/modo privilegiado de criar intimidade consigo mesmo, de estabelecer diálogos construtivos e abrir novos canais de comunicação, de **transformar padrões estereotipados** de funcionamento, restabelecendo o processo formativo e criativo de cada um.

A Psicoterapia oferece uma oportunidade de **compreender e mudar os padrões de vínculo** e relação interpessoal. Os problemas vinculares são fonte de incontáveis sofrimentos e muitas doenças.

A Psicoterapia ocupa hoje um lugar fundamental na área da saúde, por trazer uma visão integrada do homem, considerando as dimensões psíquica, orgânica e social agindo conjuntamente na produção da existência humana, assim de seus problemas.

Em alguns casos, a Psicoterapia cumpre também uma função de **educação para a vida**, oferecendo um espaço privilegiado de reflexão, com instrumentos e conhecimentos que podem ajudar na orientação e condução da vida. Esta função torna-se fundamental em situações de desestruturação e crise, quando a pessoa se pode se sentir inapta para lidar com as dificuldades em sua vida.

OS PRAZOS VARIAM COM OS OBJETIVOS

A psicoterapia é um espaço especial de atenção às dificuldades da vida e aos caminhos internos para solucioná-los. Todos os últimos avanços na área da Psicologia e Psicoterapia têm permitido alcançar resultados cada vez maiores e mais significativos.

No geral, os prazos de tratamento são relativos aos objetivos almejados. Há vários desenvolvimentos recentes em psicoterapias breves, que são focadas em objetivos mais específicos.

Atualmente é possível atingir resultados significativos em períodos de 3 meses a 12 meses e há muitos processos terapêuticos profundos que se encerram satisfatoriamente em prazos inferiores a 3 anos.

Há casos que demandam um trabalho terapêutico mais demorado, geralmente com problemática psicopatológica mais severa, envolvendo traumas precoces, desorganização psicológica, problemas vinculares sérios, etc. Estes trabalhos podem demandar anos de trabalho árduo, compensados por ajudas significativas que o trabalho psicológico pode propiciar.

**PSICOTERAPIA II****5**

Psicoterapia se refere a diversas técnicas empregadas em Psicologia para o tratamento de transtornos e problemas psíquicos.

Características do atendimento

O atendimento pode ser realizado através de diferentes métodos, sendo características comuns o emprego da comunicação verbal e não-verbal e a atenção à relação entre cliente-paciente e psicoterapeuta.

Estas formas de atendimento são atualmente utilizadas no tratamento de dificuldades emocionais, problemas de relacionamento e transtornos mentais como pânico, ansiedade, anorexia e depressão.

As sessões podem ser realizadas individualmente (psicoterapia individual), em grupos (psicoterapia de grupo), com casais (psicoterapia de casal) e em família (psicoterapia familiar).

Linhas de psicoterapia

Há várias linhas de psicoterapia dentre as quais estão:

- Parapsicoterapia,
- Psicanálise,
- Terapia cognitivo-comportamental,
- Abordagem Centrada na Pessoa,
- Behaviorismo,
- Gestaltoterapia,
- Psicodrama,
- Psicoterapia analítica,
- Daseinsanalyse,
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia Corporal
- Psicoterapia Positiva
- Logoterapia


CLÍNICA INFANTIL I
6
Psicanálise Infantil I

- **Histórico**

Até o século XVII, as crianças eram criadas pela amas de leite, e por volta dos sete anos de idade, já eram consideradas adultas. Essa visão começa a mudar a partir dos filósofos, médicos e educadores. Os psicólogos começaram a estudar os processos mentais das crianças de uma forma diferenciada dos adultos.

No final do século XVII, segundo Jonh Locke, a criança era vista como uma tabula rasa, totalmente passiva ao ambiente, ia se construindo e se desenvolvendo através.

Segundo a visão de Jacques Rousseau, a criança não é passiva ao ambiente, esta já teria conceitos morais inatos, na busca de uma maior adaptação. Através da curiosidade, a criança vai buscar o que quer em termos de modelos, a função do adulto aqui, seria a de orientá-la. Estabelece a necessidade da relação mãe x bebê, através da necessidade, por exemplo, da amamentação. Preocupação com os índices de mortalidade infantil.

Darwin publicou um livro que influenciou a teoria de Freud no aspecto evolucionista, a partir disso, os cientistas começaram a sistematizar seus estudos.

Freud (1905 - século XX) escreve os “Três Ensaio da Sexualidade Infantil”, mesmo tendo seu trabalho voltado para adultos, dava importância as primeiras fases da vida de seus pacientes. Dá subsídios para outras pessoas pensarem o trabalho com crianças, embora não tenha desenvolvido uma técnica (caso Hans). Deixou porém, grandes contribuições com seu pensamento entre elas estão:

Vai falar do brincar, em seu texto: “Além do Princípio do Prazer”, quando fala no jogo do forte da criança por meio da imitação. Mostra a importância do brincar na elaboração dos conflitos, concebe a atividade lúdica como uma forma de elaboração.

Outra postulação importante: a relação parental como base para a relação do futuro adulto.

No jogo do forte da criança por meio da imitação, vai se colocar no papel ativo ou se experienciar de forma passiva. Possibilidade de simbolização da relação com a mãe, a fim de elaborar a separação desta.

Pulsão de vida e pulsão de morte, a criança na relação com a mãe experimenta: pulsão de morte, na ausência da mãe e a pulsão de vida, na medida em que esta propicia a sobrevivência, ambas caminham juntas.

- **Complexo de Édipo** – outro conceito de grande importância para a psicoterapia infantil. A angústia do nascimento; primeira separação da mãe, primeiro contato externo, mesmo que não se tenha acesso, essas marcas ficam no sujeito.



Depois de Freud, começou a se tentar uma técnica específica para se tratar crianças.

- **Hug Hellnuth (França)** – trabalhava no hospital e recebeu uma criança muda, que não tinha nenhuma justificativa orgânica. Começou a trabalhar com desenhos e a interpretar psicanaliticamente, a partir de então, a criança começou a falar.
- **Madeleine Rampert (Suíça)** – desenvolveu um trabalho com marionetes, geralmente, usava figuras que se relacionavam com as crianças, ou seja, que tinham participação na vida da criança: o pai, a mãe, as tias, os avós...
- **Anna Freud** – para ela o analista tem um papel de educador, a criança precisava perceber a aprovação dos pais e reprovação do terapeuta dentro de um caráter pedagógico. A criança, segundo ela não transfere, por estar vivendo todas as experiências com os pais. Trabalha com sonhos e desenhos, não valoriza o brincar, a brincadeira é apenas uma forma estática.
- **Melaine Klein (Escola Inglesa)** – apresenta divergências em termos teóricos. Toda a sua técnica é criada em cima do brincar, sendo esta a única forma de expressão do conflito. Trabalha com agressividade.
- **Freud** – para Freud, o sujeito é resultado na defesa contra a pulsão, enquanto para a Melaine Klein, o conflito é originado na agressividade da criança, gerando a dissociação da parte boa e má, que leva ao conflito. Associa a agressividade à pulsão de morte (como algo agressivo, destrutivo). Distorção da pulsão de morte de Freud.
- **Donald Winnicott: Médico, Pediatra, Psicanalista** – inúmeros escritos; trabalha com objeto transicional, foi aluno e supervisionando de Melanie Klein.
- **Arminda Aberastury (Argentina): trabalhava com “Psicanálise da Criança”** – seguidora de Melanie Klein.
- **Virgínia Axline: Ludoterapia; Terapia não diretiva** – impulso para o crescimento; brincar livremente. Infância: Processo evolutivo através da socialização, Infância. Do nascimento até relativa independência. Término da infância: Depende de cada criança, da família, dos aspectos físicos, do ambiente social, cultural, econômico, etc. Infância: Processo evolutivo.
- **Piaget** – operações intelectuais;
- **Spitz** – relações Mãe x Filho



MÓDULO IV

Sumário

DISCIPLINAS/UNIDADES

UNIDADE 1: CLÍNICA INFANTIL II	4
UNIDADE 2: PSICANÁLISE E A FORMAÇÃO DO PSICANALISTA	22
UNIDADE 3: A INTERPRETAÇÃO DOS SONHOS	35
UNIDADE 4: CLÍNICA FREUDIANA	45
UNIDADE 5: CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA	66
UNIDADE 6: ÉTICA PSICANALÍTICA	85

**Unidade****1****CLÍNICA INFANTIL II**

“O amor infantil segue o princípio: eu amo porque sou amado. O amor maduro segue o princípio: sou amado porque amo”.

(Erich Fromm)

A CHEGADA DA FAMÍLIA E SUA FAMÍLIA**1. Solicitação de avaliação**

O primeiro aspecto na solicitação de avaliação é observar como a criança chegou até o psicanalista, ou seja, foi levado por quem e para que. Contudo, cabe ao psicanalista antes, avaliar a demanda, a situação, para concluir pela necessidade ou não de tratamento.

Outro aspecto refere-se a dependência, isto é, a criança é falada por um outro, ou seja, a criança não nos chega por conta própria, o que caracteriza uma dependência.

Essa demanda que a família traz (pode ser uma recomendação dos pais, pediatra, da escola etc...), o que não significa que seja a mesma demanda observada pelo terapeuta no decorrer da entrevista. É importante saber de onde vem a demanda. De onde ela surge.

Todavia, o fato da criança não ter autonomia na procura do psicanalista, isso não significa que ela não tenha possibilidade de avaliar uma situação. Tanto que a criança faz um sintoma, por exemplo, não aprender na escola. Esta é uma linguagem, um recurso que a criança utiliza para falar de algo que não está bem, embora o sintoma seja um pedido de ajuda da criança, não garante que o paciente seja a mesma, pode ser os pais que estão precisando de ajuda.

2. Da responsabilidade

Existem dois aspectos aqui. Primeiro seria da relação terapêutica, onde o psicanalista vai ouvir o discurso da mãe a respeito do filho, ou seja, como essa criança é falada pela mãe.

Outro aspecto diz respeito à questão legal: os pais são os responsáveis pelos atos da criança legalmente, e sendo assim, tem o direito de saber o que acontece no tratamento.

É preciso que o analista discrimine o direito dos pais: saber o que se passa no tratamento e ao mesmo tempo o sigilo do paciente. O analista deve falar sobre sua proposta de trabalho sem que seja necessário o sigilo.



3. Entrevistas

As entrevistas são um dos recursos para se fazer uma avaliação, porém é um instrumento por excelência, fundamental para o psicanalista, uma vez que possibilita um contrato dinâmico com o sujeito e implica numa relação a dois, uma que pede ajuda e outra que se propõe a ajudar.

- ***Diferença entre anamnese x entrevista:***

Anamnese (memória) – o roteiro é mais fechado, visando à coleta de dados voltada para a história do sujeito. Vai buscar a sua memória.

Não necessariamente, precisa acontecer numa situação de entrevista, pode ocorrer por meio de um questionário, pode ser rígido ou flexível em termos da entrevista.

- ***Entrevistas – as duas fases do encontro: entrevista x transferência***

Delimitar o tempo das primeiras entrevistas, para o tratamento propriamente dito. Qualquer abordagem vai delimitar essa passagem, que sempre existirá. Em termos clínicos tem a ver com critérios utilizados, não há delimitação de tempo para que esta passagem ocorra.

Em termos de psicanálise podemos dizer que haverá uma escuta que vai ser atribuída ao analista, o sofrimento que tem a ver com o próprio sujeito, com a sua implicação nele. A partir daí, vai buscar na figura do analista a resposta para as suas questões, é a atribuição sujeito suposto saber (transferência) e sendo assim, se permitir falar disso.

A transferência marca o processo final das primeiras entrevistas, para o tratamento propriamente dito, quando o terapeuta começa a fazer parte do sintoma do sujeito.

No que diz respeito à direção do tratamento é o analista quem vai dirigi-lo sempre, independente do terapeuta, respeitar o tempo e a subjetividade do sujeito. A direção implica na questão da escuta do terapeuta que vai fazer com que o sujeito questione quanto a sua implicação.

- ***Diferença entre intervenção e interpretação***

A intervenção só pode ocorrer com a transferência, quando o sujeito autoriza que o terapeuta fale dele, caso contrário, vai ser ouvida como algo que não tem a ver com ele.

A interpretação é o processo oposto da elaboração onírica (processo onde a produção do sonho se dá via ciframento), vai decifrar aquilo que foi cifrado no sonho, ou seja, tornar o inconsciente consciente. É uma intervenção que possibilita a abertura do inconsciente.



Aberastury destaca alguns itens da entrevista:

1. Motivo da consulta
2. História
3. Relação familiar
4. Um dia na vida da criança
5. Sessão livre
6. Quem é o cliente
7. Devolução

1. Motivo da consulta: motivo manifesto x motivo latente.

O motivo manifesto consciente encobre um outro motivo que seria o latente. Embora possam parecer coisas distintas não são, são apenas dois lados da mesma moeda.

O conteúdo latente abarca conteúdo para que possam surgir na consciência, vem disfarçado, fala-se da mesma coisa só que de outra forma. Esses conteúdos são substitutos daquilo que ficou reprimido, sendo assim, a outra face do mesmo conflito. Por exemplo, dificuldades na aprendizagem: é uma maneira que a criança tem para falar dos seus conflitos edipianos, pois estando presa aos mesmos objetos (pai e mãe) não pode investir em outra coisa. Essa é uma forma de como esse conteúdo está se manifestando.

Cabe ao terapeuta buscar o conflito do sujeito e não aquilo que é superficial. Vai precisar decifrar o código que o sujeito arrumou de falar da sua história.

“Quanto maior o esquecimento, maior a gravidade do conflito”.

(Arminda Aberastury)

2. História:

Refere-se aos aspectos da criança: desejo, amamentação, locomoção, sonho, linguagem, controle dos esfíncteres, etc.

A criança já chega ao mundo com o desejo dessa família, ela vem determinada quanto ao lugar que vai ocupar, lugar esse que será apontado por um outro que irá marcá-la mais profundamente ou não.

As situações da vida da criança irão marcá-la, mas não são deterministas, pois irá depender de como o sujeito vai lidar com essa marca.

É importante ao psicanalista saber a função dessas perguntas, por exemplo: do sono para o psiquismo do sujeito, da escola para o investimento de outros objetos que não sejam somente os pais, se conseguiu abandonar os primeiros objetos incestuosos, para poder aprender. É uma questão ligada ao Complexo de Édipo.

Quanto às enfermidades, vai nos apontar para a questão da castração (limites), no sentido de perceber como a criança vai lidar com a imperfeição (no sentido de não estar completo, formado) do próprio corpo. Semelhantemente, o cortar do cabelo, cair de um dente. Essas questões nos falam da castração, do quanto isso é doloroso para a criança.

**PSICANÁLISE E A FORMAÇÃO DO PSICANALISTA****2****Como se forma um analista? Como se dá a transmissão da psicanálise?**

Embora a formação seja um processo subjetivo que cada um assume em nome próprio, ela não é, todavia, um processo solitário. É da essência desse processo o endereçamento ao outro. As instituições psicanalíticas oferecem essa possibilidade de interlocução entre pares, fazendo avançar a psicanálise e fomentando sua transmissão. As diferenças no modo de conceber a formação do analista determinam diferenças no modo de propor a formação teórico-clínica, marcando diferenças profundas no modo de condução da clínica psicanalítica.

Foram convidados para um Debate realizado em mesa redonda:

RICARDO GOLDENBERG

Psicanalista, licenciado em psicologia pela Universidad de Buenos Aires, mestre em filosofia pela USP e doutor em comunicação e semiótica pela PUC-SP. Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA) e membro fundador de Percurso Psicanalítico de Brasília.

Sua posição sobre a formação do psicanalista.

As posições adotadas por Lacan nas questões da formação de novos analistas, situam-no num ponto radicalmente diverso das demais escolas.

"Em algum lugar, o François Perrier disse que o problema não era como tornar-se psicanalista, mas que ter se tornado psicanalista criava o problema retroativamente. Esta observação não apenas é bem bolada como revela um clínico brilhante. Esta é minha questão: se deixarmos de lado o prestígio social, o encantamento com os textos ou o duvidoso juízo de um júri, o que nos faz reconhecer o psicanalista em alguns e por que não conseguimos percebê-lo em outros?"

MARCO ANTONIO COUTINHO JORGE

Psiquiatra, psicanalista e professor adjunto do Instituto de Psicologia / UERJ.

A estrutura da formação psicanalítica.

Chega-se à conclusão de que há uma estrutura da formação psicanalítica inerente ao tripé clássico - análise pessoal, ensino teórico, supervisão clínica -, ao mostrar que Lacan não rompeu com a tradição a esse respeito, mas nele introduziu um rigor psicanalítico e renovou decisivamente suas diferentes dimensões.



A INTERPRETAÇÃO DOS SONHOS

3

1. A IMPORTÂNCIA DO SONHO EM PSICANÁLISE

Sem dúvidas o marco na obra do pai da Psicanálise foi à publicação de sua obra acerca dos sonhos. Este fenômeno psíquico que até então não tinha grande importância para a ciência, ganhou sua devida notoriedade. Na verdade, em nenhum outro fenômeno da vida psíquica os processos inconscientes da mente são revelados de forma tão clara e acessível ao estudo. Temos que concordar com Freud, de que os sonhos são verdadeiramente, uma estrada real que leva aos recessos inconscientes da mente.

Antes, porém, de descrevermos as descobertas de Freud, julgamos necessário expor o processo do sono, para depois centrarmos nossa atenção nos sonhos que, como explicou o pai da Psicanálise, são os guardiões do sono.

2. Entendendo o Processo do Sono

O fenômeno do sono é de interesse tanto para a Psicologia como para a Psicanálise, no que tange à compreensão dos mecanismos que regem o sonhar. Mais especificamente, a Psicologia se dedica em desvendar o funcionamento do sono, deixando de lado o sonho que, para a Psicanálise é de suma importância. Pensamos que para retratarmos bem os mecanismos que envolvem o sonho, devemos mencionar algumas das principais descobertas da Psicologia quanto ao fenômeno do sono.

Dormir é sonhar e sonhar é uma necessidade neurofisiológica. Estudos do campo da Psicologia têm determinado que a privação do sono acarreta sérias consequências mentais e físicas.

O primeiro aspecto importante que a Psicologia desvendou sobre o sono é que existem tipos de sono: NREM (*No Rapid Eye Movements*) e REM (*Rapid Eye Movements*). A distinção encontra-se na observação de que durante o sono REM os olhos saltam de um lado para o outro, como se observassem uma cena. Neste, observa-se também uma variação no Sistema Nervoso Autônomo, com a respiração e o ritmo cardíaco tornando-se mais rápidos e irregulares, a pressão arterial mais elevada e um aumento da secreção dos hormônios supra-renais.



Dentro das distinções presentes no sono REM, há também a ocorrência nos indivíduos masculinos (de todas as idades), a ereção peniana. Ocorre também nos indivíduos femininos uma reação correspondente no tecido vaginal.

Os estudos que decifraram este movimento dos olhos no sono foram realizados em 1953 pelo Dr. Nathaniel Kleitman. Tais pesquisas de laboratório mediram as ondas cerebrais de pessoas durante o sono através do eletroencefalograma, as variações musculares, através do eletromiograma, e a movimentação específica dos olhos, através do eletrooculograma.

Sabe-se também que há quatro estágios no sono REM, onde cada um caracteriza-se por um padrão de onda cerebral. O primeiro estágio é o **sono leve**, que marca o início do sono, tem a duração de alguns minutos, quando o indivíduo fica relaxado, com os pensamentos mais ou menos descoordenados, podendo já neste estágio ocorrer sonhos. O segundo estágio é o **sono intermediário**, ocorrendo um relaxamento maior, podendo ocorrer experiências sensoriais sem base real (alucinações) e crispções súbitas e desordenadas do corpo, seguidas de sensações de queda.

O terceiro estágio é o do **sono profundo**, quando o indivíduo se torna insensível aos sons e oferecerá resistência em ser acordado. No quarto estágio, o **sono mais profundo**, há uma total relaxação, com o mais completo desligamento do mundo exterior. É nesta fase que podem ocorrer irregularidades como o sonambulismo.

Em seu livro sobre o sonho, Leon L. Altman explica que as mudanças neurofisiológicas que têm lugar durante os períodos REM sugerem que a ativação da área límbica do cérebro - uma área associada ao funcionamento primitivo de impulsos e afetos - está em jogo. O autor vê essa retrogressão como uma corroboração à teoria de Freud, de que o sonho é um fenômeno regressivo, o qual nos devolve aos estados primitivos da infância.



Unidade

CLÍNICA FREUDIANA

4

Psicanálise é a ciência do inconsciente que foi fundada por Sigmund Freud (1856-1939). Um método de investigação, que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito.

Este método baseia-se principalmente nas associações livres do sujeito, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associações livres. A psicanálise é um método psicoterápico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. O emprego da psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico está ligado a este sentido; exemplo: começar uma análise.

A psicanálise é um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e de tratamento. A aceitação de processos psíquicos inconscientes, o reconhecimento da doutrina da resistência e do recalçamento e a consideração da sexualidade e do complexo de Édipo são os conteúdos principais da psicanálise e os fundamentos de sua teoria, e quem não estiver em condições de subscrever todos não deve figurar entre os psicanalistas.

Analísabilidade

1-INTRODUÇÃO

Será o paciente analisável? Está ele diante de um problema, cujos dados impressionam pela quantidade e pela diversidade temática, incluindo-se aí:

A higidez ou patologias detectáveis.

As pressões que, de ordinário, as sessões psicanalíticas exercem sobre o analisando. A imprevisibilidade no que se refere à duração do tratamento.

A dificuldade de se estabelecer, com rapidez usando-se as entrevistas preliminares, uma avaliação confiável acerca da personalidade do candidato. Outras do mesmo porte quanto à importância dos eventuais efeitos que podem desencadear.

Impondo-se a decisão, optam, via de regra, os analistas, pela exclusão dos casos que evidenciem psicose maníaco-depressiva e as esquizofrenias, aceitando aqueles que se enquadrem nos quadros das diversas formas de histeria, das neuroses, das doenças psicossomáticas e das depressões psiconeuróticas e, com algumas precauções, o caos correspondente a perversões, aos delinquentes, aos fronteirços, aos adictos e aos impulsivos. Contudo uma coisa é certa: por mais que o profissional se cerque de cautelas, nunca se pode dizer que o tratamento se desenvolverá sem surpresas, vez que uma determinada sintomatologia atual pode estar mascarando uma grave patologia latente.



Em se falando de aliança de trabalho, há que se ter presente que o paciente, quando dos primeiros passos da terapia, deverá mostrar também que está apta a desenvolver uma relação objetal racional quando se é um narcisista, que, também não pode desenvolver relações sublimadas, desprovidas de características interesseiras no seu dia-a-dia, o que o torna caracteristicamente capaz, de no máximo, apresentar manifestações transferências fragmentadas, o que as torna não só fugidias, como praticamente inacessíveis, inviabilizando destarte, a psicanálise.

Se o narcisista, SF dizia que não havia como tratá-lo psicanaliticamente, vez que lhe era impossível desenvolver uma neurose transferencial, compreensão adotada ainda hoje, conquanto, nos nossos dias, até portadores de psicoses busquem e recebam tratamento de casos de narcisismo, introduzem alterações nos procedimentos usuais da Psicanálise.

2-ALIANÇA DE TRABALHO

As atitudes realistas, racionais e não-neuróticas do paciente em relação ao analista se constitui a aliança de trabalho. É esta parcela do relacionamento paciente-analista que permite ao paciente se identificar com o ponto de vista do analista e trabalhar com o analista apesar das reações transferenciais neuróticas.

A técnica psicanalista visa diretamente ao ego porque só o ego tem acesso direto ao id, ao superego e ao mundo externo. Nosso objetivo é fazer com que o ego renuncie às suas defesas patogênicas ou encontre outras mais convenientes. As velhas manobras defensivas demonstraram ser inadequadas; uma defesa nova, uma defesa diferente ou nenhuma defesa poderia permitir alguma descarga instintual sem culpa ou ansiedade. A descarga do id diminuiria a pressão instintual e o ego ficaria, então, numa posição relativamente mais forte.

O psicanalista tem a esperança de induzir os aspectos relativamente maduros do paciente do ego para lutar com o que, outrora, foi banido da consciência por ser muito perigoso. O analista espera que, sob a proteção da aliança de trabalho e da transferência positiva não sexual, o paciente irá olhar novamente para aquilo que outrora achou muito ameaçador, espera que o paciente seja capaz de reavaliar a situação e finalmente, atreva-se a tentar novas maneiras de lidar com o perigo antigo. Pouco a pouco o paciente vai compreender que os impulsos instituais da infância - que foram arrasadores para os recursos de um ego infantil e que foram distorcidos por um superego infantil, que esses impulsos podem ser vistos de forma diferente na vida adulta. O trabalho psicológico que ocorre depois que houve uma compreensão interna e que provoca uma mudança estável no comportamento ou atitude é denominado elaboração. Tal trabalho consiste em processos como a utilização e a assimilação da compreensão interna e a orientação. Desta maneira, a psicanálise tenta inverter, desvalorizar o processo da neurose e da formação de sintoma. A única solução válida e segura é conseguir mudanças estruturais no ego, o que lhe irá permitir renunciar às suas defesas ou encontrar alguma que permita descarga instintual adequada.



3-ASSOCIAÇÃO LIVRE

Na psicanálise clássica, para comunicar o material clínico, o paciente tenta, como forma predominante de comunicação, a associação livre. Geralmente, esse processo começa depois de concluídas as entrevistas preliminares. Nas entrevistas preliminares, o analista pôde chegar a uma avaliação da capacidade do paciente para trabalhar na situação analítica. Parte da avaliação consistiu em determinar se o paciente, em suas funções do ego, dispunha de elasticidade para oscilar entre as funções do ego, dispunha de elasticidade para oscilar entre as funções mais regressivas do ego quando estas são necessárias na associação livre e entre as funções do ego mais maduras, funções estas necessárias à compreensão das intervenções analíticas, respondendo a perguntas diretas e voltando à vida quotidiana no final da sessão.

Geralmente, o paciente associa livremente durante quase toda a sessão mas ele pode também relatar sonhos e outros acontecimentos de sua vida quotidiana ou do seu passado. Uma das características da psicanálise é que se pede ao paciente que inclua suas associações quando narra seus sonhos ou outras experiências. A associação livre tem prioridade sobre todos os outros meios de produção de material na situação analítica. Contudo, a associação livre pode ser usada erradamente para ajudar a resistência. É tarefa, então, do analista, analisar tais resistências para restabelecer o uso adequado da associação livre. Pode acontecer, também, que um paciente não consiga interromper a associação livre devido a um colapso das funções do ego. Este é um exemplo de situação de emergência que surge no decorrer de uma análise. O trabalho do analista, então, deveria ser o de tentar restabelecer o raciocínio do processo secundário e lógico do ego.

4-AS REAÇÕES TRANSFERENCIAIS

Para que ocorram as reações transferenciais na situação analítica, o paciente deve estar disposto e capacitado para correr o risco de alguma regressão temporária em relação às funções do ego e das relações objetivas. O paciente deve ter um ego capaz de regredir temporariamente às reações transferenciais mas tal regressão deve ser parcial e reversível de modo que o paciente possa ser tratado analiticamente e ainda assim viver no mundo real. As pessoas que não se atrevem a regredir da realidade e aquelas que não conseguem voltar rapidamente à realidade são riscos indesejados para a psicanálise. Freud dividiu as neuroses em dois grupos baseando-se no fato de o paciente conseguir ou não desenvolver e manter um conjunto relativamente coerente de reações transferências e mesmo assim agir na análise e no mundo externo. Os pacientes com uma “neurose de transferência” conseguiam fazer isso ao passo que os pacientes sujeitos a uma “neurose narcísica” não o conseguiam.

5-AS RESISTÊNCIAS

A resistência implica todas as forças dentro do paciente que se opõem aos procedimentos e processos do trabalho psicanalítico. Em maior ou menor grau, ela está presente desde o começo até o fim do tratamento. As resistências defendem o status quo da neurose do paciente. As resistências se opõem ao analista, ao trabalho analítico e ao ego racional do paciente. A resistência é um conceito operacional, não foi inventada recentemente pela análise. A situação analítica se transforma na arena em que as resistências se acabam revelando.



Bibliografia:

ROUDINESCO, ELISABETH - Dicionário de Psicanálise, Jorge Zahar Editor, RJ-1997

CHEMAMA, ROLAND - Dicionário de Psicanálise Larousse, Artes Médicas, RS-1995

LAPLANCHE E PONTALIS – Vocabulário da Psicanálise, Martins Fontes, SP-2000

KAUFMANN, PIERRE – Primeiro Grande Dicionário Lacaniano, Jorge Zahar Editor, RJ-1996

FREUD, SIGMUND, Obras Psicológicas Completas versão 2.0.

NASIO, J-DAVID, Os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise, Jorge Zahar Editor, RJ-1995.

NICOLA ABBAGNANO, Dicionário de Filosofia – Martins Fontes, SP-2000.

BRITANNICA, ENCYCLOPAEDIA DO BRASIL Publicações Ltda.

ENCARTA, ENCICLOPÉDIA - 1993-1999 Microsoft Corporation.

NASIO, J-D - Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan, Jorge Zahar Editor, RJ-1995

INTERNET-<http://www.ebp.org.Br>

FREUD, SIGMUND Obras Psicológicas Completas versão 2.0

ROUDINESCO, ELISABETH - Dicionário de Psicanálise, Jorge Zahar Editor, RJ-1997.

LAPLANCHE E PONTALIS – Vocabulário da Psicanálise, Martins Fontes, SP-2000.

KAUFMANN, PIERRE – Primeiro Grande Dicionário Lacaniano, Jorge Zahar Editor, RJ-1996.

ZIMERMANN, DAVID E. – Fundamentos Psicanalíticos, Artmed, RS-1999.

CHEMAMA, ROLAND - Dicionário de Psicanálise Larousse, Artes Médicas, RS-1995.

NICOLA ABBAGNANO, Dicionário de Filosofia – Martins Fontes, SP-2000

HANNS, LUIZ – Dicionário Comentado do Alemão de Freud, Imago, RJ-1996.

FENICHEL, OTTO, Teoria Psicanalítica das Neuroses, Atheneu, SP-2000

ZIMERMANN, DAVID E. – Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise, Artmed, RS-2001.

**CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA****Doenças Psicossomáticas****1) INTRODUÇÃO**

As doenças psicossomáticas surgem como conseqüência de processos psicológicos e mentais do indivíduo desajustados das funções somáticas e viscerais e vice-versa. Caracterizam-se as possibilidades de distúrbios de função e de lesão nos órgãos do corpo, devido ao mau uso e ao efeito degenerativo, e descontroles dos processos mentais. Diferencia-se neste ponto das doenças mentais, em que o mau desempenho não é opcional.

Distúrbios emocionais desempenham papel importante, precipitando início, recorrência ou agravamento de sintomas, distinguindo das doenças puramente orgânicas. Porém, elas podem se transformar em doenças crônicas ou ter com um curso fásico. Tendem a associar-se com outros distúrbios psicossomáticos. Isso pode ocorrer numa família, em diferentes períodos da vida de um paciente ou em certos ambientes de trabalho e até de lazer. Mostram grandes diferenças de incidência nos dois sexos. Assim, asma é duas vezes mais freqüente nos meninos do que nas meninas, antes da puberdade, depois, é menos comum nos homens do que nas mulheres. A úlcera do duodeno manifesta-se mais em homens, e a doença de Basedow, mais em mulheres.

2) O CONCEITO DE ESTRESSE

A palavra estresse quer dizer "pressão", "tensão" ou "insistência", portanto estar estressado quer dizer "estar sob pressão" ou "estar sob a ação de estímulo insistente". É importante não confundir estado fásico de estresse com estado de alarme de Cannon, pois há alguns critérios estabelecidos para que se possa assumir que um indivíduo está estressado e não simplesmente com alerta temporária. Chama-se de estressor qualquer estímulo capaz de provocar o aparecimento de um conjunto de respostas orgânicas, mentais, psicológicas e/ou comportamentais relacionadas com mudanças fisiológicas padrões estereotipadas, que acabam resultando em hiperfunção da glândula supra-renal e do sistema nervoso autônomo simpático. Essas respostas em princípio têm como objetivo adaptar o indivíduo à nova situação, gerada pelo estímulo estressor, e o conjunto delas, assumindo um tempo considerável, é chamado de estresse. O estado de estresse está então relacionado com a resposta de adaptação.

O estresse é essencialmente um grau de desgaste no corpo e da mente, que pode atingir níveis degenerativos. Impressões de estar nervoso, agitado, neurastênico ou debilitado podem ser percepções de aspectos subjetivos de estresse. Contudo, estresse não implica necessariamente uma alteração mórbida: a vida normal também acarreta desgaste na máquina do corpo. O estresse pode ter até valor terapêutico, como é o caso no esporte e no trabalho, exercido moderadamente. Assim, uma partida de tênis ou um beijo apaixonado podem produzir considerável estresse sem causar danos de monta. O estresse produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, que podem ser avaliadas.



Bibliografia

- Guyton, 1986. Descarga maciça do sistema simpático versus características discretas dos reflexos parassimpáticos. In tratado de Fisiologia Médica: 622-623.
- Funkestein, 1969. A fisiologia do medo e da raiva. In Scientific American, Psicobiologia. São Paulo: Polígono, 209-214.
- Brady, 1958. Úlceras em macacos "executivos". In Scientific American, Psicobiologia. São Paulo: Polígono, 204-208.
- Delay e Pichot, 1972. Manifestações Fisiológicas- Teoria das emoções. In Manual de Psiquiatria: 102-106, 110-112.
- Bonamin, 1994. O estresse e as doenças. Ciência Hoje, 17(99): 25-30.
- Rodrigues e Gasparini, 1992. Uma perspectiva psicossocial em Psicossomáticas. In Filho e Cols (ed), Psicossomática hoje, Porto Alegre, Artes Médicas, PP 385.
- Cortez- Maghelly, 1991. O estresse e suas implicações fisiológicas. Folha Médica, 103 (4), 175-181.
- Selye, 1965, Estresse, a tensão da vida. São Paulo, IBRASA, pp 351.
- Goleman, 1995. Escravos da paixão. In idem, inteligência Emocional. Rio de Janeiro, Objetiva: 69-90.
- Simonton, O. Carl. Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.



ÉTICA PSICANALÍTICA

ÉTICA PROFISSIONAL

Toda cultura e toda a sociedade institui uma moral, isto é, valores concernentes ao bem e ao mal, ao permitido e ao proibido, e à conduta correta, válidos para todos os seus membros. Culturas e sociedades fortemente hierarquizadas e com diferenças de castas ou de classes muito profundas podem até mesmo possuir várias morais, cada uma delas referida aos valores de uma casta ou de uma classe social.

No entanto, a simples existência da moral não significa a presença explícita de uma ética, entendida como filosofia moral, isto é, uma reflexão que discuta, problematize e interprete o significado dos valores morais.

Nossos sentimentos, nossas condutas, nossas ações e nossos comportamentos são modelados pelas condições em que vivemos (família, classe e grupo social, escola, religião, trabalho, circunstâncias políticas, etc.). Somos formados pelos costumes de nossa sociedade, que nos educa para respeitarmos e reproduzirmos os valores propostos por ela como bons e, portanto, como obrigações e deveres. Dessa maneira, valores e deveres parecem existir por si e em si mesmos, parecem ser naturais e intemporais, fatos ou dados com os quais nos relacionamos desde nosso nascimento: somos recompensados quando os seguimos, punidos quando os transgredimos.

No pensamento filosófico dos antigos a ética era concebida como educação do caráter do sujeito moral para dominar racionalmente impulsos, apetites e desejos, para orientar a vontade rumo ao bem e à felicidade, e para formá-lo como membros da coletividade sóciopolítica. Sua finalidade era a harmonia entre o caráter do sujeito virtuoso e os valores coletivos, que também deveriam ser virtuosos.

*A **PSICANÁLISE** mostra que somos resultado e expressão de nossa história de vida. Não somos autores nem senhores de nossa história, mas efeitos dela. O sujeito ético, isto é, a pessoa, só pode existir se for consciente de si e dos outros, ser dotado de vontade, capacidade para controlar e orientar desejos, impulsos, tendências, sentimentos e capacidade para deliberar e decidir, ser responsável e ser livre.*

Como princípios da Ética Psicanalítica consideramos o Psicanalista na relação consigo mesmo, o Profissional e a sua relação com seus pacientes, sua conduta como Profissional de interações e a sua relação com a “sua” Sociedade

No caso da Sociedade Psicanalítica Ortodoxa do Brasil temos um código de ética próprio, denominado Código de Ética Profissional dos Psicanalistas da SPOB, aprovado pela Assembléia Geral da Sociedade Psicanalítica Ortodoxa do Brasil, instrumento que disciplina todos os aspectos da vida profissional e condutas dos Psicanalistas membros da mesma, tanto filiados através do Conselho Psicanalítico Nacional, quanto dos filiados através dos Conselhos Psicanalíticos Regionais.



Tem como objetivo básico a busca da verdade somente a verdade e nada mais que a verdade.

Obs.: Por ser literatura extensa restrinjo-me a transcrever apenas os itens de maior interesse dos meus clientes , estando, porém, sempre à disposição para fornecer o complemento àqueles que se interessarem.

Sigilo Profissional:

Art. 6o. - O Psicanalista está obrigado a guardar sigilo profissional, nos seguintes termos:

1- O sigilo profissional terá caráter absoluto dentro das atividades profissionais;

2- O Psicanalista não pode divulgar, em particular ou em público, quaisquer informes que tenham origem nas palavras dos pacientes, mesmo que estes tenham dito que os mesmos não eram segredáveis.

3- O Psicanalista não pode informar a outro profissional, mesmo que seja Psicanalista, sobre qualquer referência a respeito de paciente e de seu estado de saúde, sem que haja autorização por escrito do mesmo.

4- O Psicanalista não pode fazer menção do nome de seus pacientes, mesmo quando apresentando casos clínicos, ainda que os pacientes autorizem;

5- Sempre que o Psicanalista apresentar um caso clínico em alguma atividade acadêmica (palestra, aula, conferência, congresso, etc.) o fará sob pseudônimo.

6- O Psicanalista não pode apresentar, mesmo sob pseudônimo, um caso clínico de alguém presente à palestra ou conferência, ressalvando o fato de o paciente o ter autorizado, por escrito;

7- O Psicanalista não pode identificar o paciente ou ex-paciente, como tal, diante de terceiros;

8- O Psicanalista está proibido de comentar sobre pacientes, mesmo com pessoas de sua intimidade, como esposa, filhos, etc.

9- O Psicanalista não pode comentar casos de pacientes com outros pacientes mesmo com a intenção de encorajá-los, pois isto tanto foge da técnica quanto amedronta o paciente;

10- O Psicanalista se tiver por costumes fazer anotações das sessões, está obrigado a ter cuidado absoluto garantindo que ninguém delas tome conhecimento, sendo de bom alvitre que anote sob certas condições ou adote pseudônimos para os pacientes (na ficha);



Observação

Este material é apenas uma mostra dos conteúdos que serão abordados durante o curso de Formação em Psicanálise.

Sendo assim, o curso não se resume nisso, pelo contrário cada módulo tem em média de 80 a 120 páginas e o estudo é bastante avançado, e cada disciplina tem uma linguagem didática e fácil de entender.

Importante saber

O curso de Psicanálise do Instituto Universe é aceito por qualquer associação, ou Sociedade de psicanálise no Brasil. O Curso é computado uma carga horária de 2 (dois) anos com 1.560 hs e uma grade curricular excelente, ao todo são 4 (quatro) módulos, e contém 6 seis disciplinas, mais estágio supervisionado, com 03 (três) atividades com pacientes pilotos, que é conhecida como análise didatas. Além disso, existe a Avaliação final, que engloba todo material estudo. Tudo você acessa na área do aluno, que será enviado um link de acesso após adquirir o curso.

Após fazer avaliação final e nos enviar por e-mail, você receberá via correio:

- a) Certificado de Conclusão;
- b) Histórico contendo as disciplinas do curso no verso;
- c) Atestado de Análise de Didata para filiar qualquer associação, ou Sociedade de psicanálise no Brasil;
- d) O Certificado habilita o formando para atuar como Psicanalista e Terapeuta.