



INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA APLICADA À NUTRIÇÃO

SUMÁRIO

3- Conceitos Básicos da Psicanálise

8-Técnica Psicanalítica de Freud

17-A Estrutura da Personalidade Segundo a Psicanálise

21-O Aparelho Psíquico para Freud, Winnicott e Klein

27-O Trauma e a Psicanálise

29-Depressão, Melancolia e Luto

35-Os Tipos de Ansiedade para Freud

41-Psicanálise

51-Referências Bibliográficas

A psicanálise é uma ciência que foi criada por um médico neurologista chamado Sigmund Freud, que a partir das observações constituídas de seus pacientes diagnosticados com neuroses desenvolveu as teorias psicanalíticas de investigação da mente humana seus traumas, fobias, complexos, pulsões, conflitos, transtornos, etc.

O psicanalista clínico trabalha com o objetivo de compreender o diagnóstico e explicar ao paciente de hospitais e centros psiquiátricos o que se passa, para que assim possa tratá-lo ou até mesmo curá-lo com a colaboração dele.

CONCEITOS BÁSICOS DA PSICANÁLISE

O campo de conhecimento estudado por Sigmund Freud busca entender os significados do inconsciente humano.

Todas essas situações, sem relação aparente entre si, podem ser explicadas pela existência de uma única instância psíquica, que subverte nossas intenções e vontades: o inconsciente. A humanidade deve a Sigmund Freud essa descoberta. Apesar das transformações sociais, culturais e tecnológicas dos últimos 120 anos, o método psicanalítico criado por Freud para lidar com o mal-estar inerente à condição humana segue atual.

Inconsciente

Freud demonstrou que a maior parte da vida psíquica se desenrola sem que tenhamos acesso a ela. Ali se encontram principalmente ideias reprimidas que aparecem disfarçadas nos sonhos e nos sintomas neuróticos.

Ego

A parte organizada do sistema psíquico que entra em contato direto com a realidade e tem a capacidade de atuar sobre ela numa tentativa de adaptação. O ego é mediador dos impulsos instintivos do id e das exigências do superego.

Id

Fonte da energia psíquica, é formado por pulsões e desejos inconscientes. Sua interação com as outras instâncias é geralmente conflituosa, porque o ego, sob os imperativos do superego e as exigências da realidade, tem que avaliar e controlar os impulsos do id, permitindo sua satisfação, adiando-a ou inibindo-a totalmente.

Superego

É formado a partir das identificações com os pais, dos quais assimila ordens e proibições. Assume o papel de juiz e vigilante, uma espécie de autoconsciência moral. É o controlador por excelência dos impulsos do id e age como colaborador nas funções do ego. Pode tornar-se extremamente severo, anulando as possibilidades de escolha do ego.

Pulsão

Conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático. A pulsão é a representante psíquica dos estímulos que se originam no organismo e alcançam a mente. É diferente do instinto, pois não apresenta uma finalidade biologicamente predeterminada, e é insaciável, pois tem relação com um desejo, e não com uma necessidade.

Sonhos

Caminho de ouro para o acesso ao inconsciente. A interpretação do conteúdo dos sonhos revela desejos e percepções que de outro modo não chegariam à consciência.

Complexo de Édipo

Entre dois e cinco anos, aproximadamente, a criança desenvolve intenso sentimento de amor pelo genitor do sexo oposto e grande hostilidade pelo do próprio sexo. Tais sentimentos geralmente são vividos com grande ambivalência. O conflito costuma declinar por volta dos cinco anos, e uma boa estruturação da personalidade depende de sua resolução satisfatória.

Freud desenvolveu pouco a pouco a técnica conhecida como psicanálise e a teoria do comportamento ou da personalidade conhecida como teoria psicanalítica. O conteúdo ou os dados em que se fundamenta a teoria são as expressões verbais de ideias e sentimentos e as autodescrições feitas pelos pacientes de psicanálise. Além disso, a psicanálise baseia-se em material de psicanálise de pessoas normais, geralmente (mas não apenas). Devido às suas origens na medicina, é característico o uso da patologia, pressupondo que os indivíduos normais possuem, em grau menor, os problemas, conflitos e mecanismos vistos mais claramente em

casos anormais. Outra consequência de suas origens no modelo médico é a preocupação com pensamentos e sentimentos, ao invés do comportamento.

Psicanálise é um ramo clínico teórico que se ocupa em explicar o funcionamento da mente humana, ajudando a tratar distúrbios mentais e neuroses. O objeto de estudo da psicanálise concentra-se na relação entre os desejos inconscientes e os comportamentos e sentimentos vividos pelas pessoas.

A teoria da psicanálise, também conhecida por “teoria da alma”, foi criada pelo neurologista austríaco Sigmund Freud (1856 – 1939). De acordo com Freud, grande parte dos processos psíquicos da mente humana estão em estado de inconsciência, sendo estes dominados pelos desejos sexuais.

Todos os desejos, lembranças e instintos reprimidos estariam “armazenados” no inconsciente das pessoas e, através de métodos de associações, o psicanalista – profissional que pratica a psicanálise – conseguiria analisar e encontrar os motivos de determinadas neuroses ou a explicação de certos comportamentos peculiares dos seus pacientes, por exemplo.

Consciente: é o estado em que sabemos (temos consciência) daquilo que pensamos, sentimentos, falamos e fazemos. São todas as ideias que os indivíduos estão cientes de existir / pensar.

Pré-consciente: é o estado das ideias que estão inconscientes, mas que podem voltar a ser conscientes, caso haja o correto direcionamento da atenção dos indivíduos para elas. Os pensamentos que se encontram neste estado, por exemplo, podem ser percebidos a partir dos sonhos.

Inconsciente: onde ficam guardados todos os desejos e ideias reprimidas, censuradas e inacessíveis ao estado consciente, mas que acabam por afetar os comportamentos e sentimentos dos indivíduos.

Inconsciente

O primeiro conceito tem que ser necessariamente o inconsciente (Das Unbewusste). Freud não criou o inconsciente. Autores como Leibniz, Von Hartmann e Schopenhauer já haviam descrito a existência do inconsciente no sentido do que não é consciente.

A diferença é que Freud define inconsciente de uma outra maneira, não como adjetivo e sim como substantivo. Assim, podemos imaginar o inconsciente como lugar, como um topos. Na psicanálise, estudamos topologia. Ou seja, didaticamente podemos pensar na psique como estando dividida em lugares. Na primeira tópica, Freud fala de inconsciente, pré consciente e consciente. Na segunda tópica, temos os conceitos de Ego, Id e Super ego (Ich, Es, Überich).

Desejo

O segundo conceito é o desejo (Wunsch). Podemos ter um desejo claramente consciente, como querer isso ou aquilo e saber que se quer isso ou aquilo. Mas também temos desejos que são obscuros, não por serem intrinsecamente maus ou negativos, e sim porque deles não sabemos ou não queremos saber. Estes desejos, que são inconscientes, estão na base da formação dos sonhos, dos atos falhos, chistes, criações artísticas e, o mais importante para clínica, dos sintomas.

Formação de compromisso

O terceiro conceito é justamente o que reúne todas as formações (sonhos, sintomas, atos falhos) em um mesmo arcabouço teórico: o conceito de formação de compromisso (Kompromissbildung). A grosso modo podemos entender que uma parte da psique quer uma coisa e uma outra parte quer outra. Por isso, até um pesadelo é uma realização de desejo. E até um sintoma, aquilo do qual reclamamos e nos sentimos mal, sinto-mal, é também uma realização de desejo.

Para entendermos o que é uma formação de compromisso, é útil entendermos a ideia de ato falho. Um ato falho, como por exemplo esquecer de um compromisso, é um erro para a consciência, que talvez se justifique com uma desculpa. Mas do ponto de vista do inconsciente é um ato bem sucedido. No fundo, o sujeito não queria ir mesmo no compromisso, por isso se esqueceu dele.

Sexualidade infantil (Infantile Sexualität)

Esta é uma das teses de Freud mais chocantes para quem nunca estudou psicanálise. Mas não é difícil de entender. Para a psicanálise, a sexualidade é pensada de maneira ampla e não se resume ao ato sexual, nem tem início na puberdade. Desde a infância, o sujeito vivencia o prazer em seu corpo, nas chamadas zonas erógenas. A fixação da libido nestas zonas, além do que seria “normal”, coaduna-se com os sintomas psicopatológicos da neurose, psicose e perversão.

Complexo de Édipo (Ödipuskomplex)

O sujeito se forma a partir das identificações com outras pessoas. Não há como negar que a família, especialmente o pai e a mãe (ou a pessoa que assumir os seus lugares) tem especial impacto como influência. O conceito de complexo de Édipo foi reformulado ao longo da obra do pai da psicanálise e acompanhar as suas modificações implica em estudar o progresso e alteração de outros conceitos.

DIFERENÇAS ENTRE O PSICÓLOGO, PSICANALISTA E PSIQUIATRA

Psiquiatras e Psicólogos: São especialistas de saúde capazes de tratar questões emocionais, mentais e psíquicas, que incluem desde tratamentos preventivos a outros mais profundos, como transtornos de ansiedade, depressão, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e outras síndromes.

Psiquiatra: São profissionais com formação em Medicina e especialização em psiquiatria, que envolve aproximadamente 10 anos de estudo acadêmico e prático. O psiquiatra trabalha na identificação, diagnóstico de doenças como depressão, ansiedade, esquizofrenia, compulsão alimentar e outros transtornos, e tratamento medicamentoso, com por exemplo, antidepressivos e ansiolíticos, como apoio ao tratamento dessas patologias mentais.

Psicólogo: É um profissional formado em psicologia, ciência que estuda o comportamento e processos mentais, como emoções, sentimentos, razão e pensamentos, com graduação de cinco anos e permissão para tratamento de problemas ligados à mente humana, a partir de diferentes técnicas.

As abordagens do tratamento são feitas a partir de conversas e técnicas psicoterápicas que irão identificar a motivação do comportamento disfuncional e do adoecimento mental do paciente. Essa compreensão leva em consideração as dimensões sociais, psíquicas e biológicas, e a partir daí apresenta-se ferramentas, novas ideias e formas de transformações para o paciente ter uma vida mais saudável e equilibrada.

Psicanalista: A psicanálise surgiu no século XIX a partir de conceitos formados pelo médico neurologista austríaco Sigmund Freud. O trabalho do psicanalista envolve uma análise bem próxima ao que é feito pelo psicólogo, com a diferença que incluem em sua técnica, um estudo do inconsciente do paciente, por acreditarem que os seres humanos não possui o controle total dos pensamentos. Por conta disso, é um trabalho mais longo que o do psicólogo.

O psicanalista vai propor questionamentos a você a partir da análise do seu discurso, investigando atos-falhos, esquecimentos e outros atos involuntários, com objetivo de encontrar o equilíbrio do paciente com o seu eu-interior e seus questionamentos internos.

É uma proposta de busca profunda por autoconhecimento e que estimula o paciente a dizer tudo que passa em sua mente, desde sonhos e desejos, a experiência vividas ao longo da existência.

TÉCNICA PSICANALÍTICA DE FREUD

Psicanálise é um campo clínico e de investigação teórica da psique humana independente da Psicologia que tem origem na Medicina, desenvolvido por Sigmund Freud, médico que se formou em 1881, trabalhou no Hospital Geral de Viena e teve contato com o neurologista francês Jean Martin Charcot, que lhe mostrou o uso da hipnose.

Freud, médico neurologista austríaco, propôs este método para a compreensão e análise do homem, compreendido enquanto sujeito do inconsciente, abrangendo três áreas:

- ✓ um método de investigação do psiquismo e seu funcionamento;
- ✓ um sistema teórico sobre a vivência e o comportamento humano;
- ✓ um método de tratamento caracterizado pela aplicação da técnica da Associação Livre.

Essencialmente é uma teoria da personalidade e um procedimento de psicoterapia; a psicanálise influenciou muitas outras correntes de pensamento e disciplinas das ciências humanas, gerando uma base teórica para uma forma de compreensão da ética, da moralidade e da cultura humana.

Em linguagem comum, o termo "psicanálise" é muitas vezes usado como sinônimo de "psicoterapia" ou mesmo de "psicologia".

Em linguagem mais própria, no entanto, psicologia refere-se à ciência que estuda o comportamento e os processos mentais, psicoterapia ao uso clínico do conhecimento obtido por ela, ou seja, ao trabalho terapêutico baseado no corpo teórico da psicologia como um todo, e psicanálise refere-se à forma de psicoterapia baseada nas teorias oriundas do trabalho de Sigmund Freud; psicanálise é, assim, um termo mais específico, sendo uma entre muitas outras abordagens de psicoterapia.

A psicanálise não é uma ciência por não usar o método científico moderno, não aceitar sua falseabilidade.

Obs.: Pode ser considerada como uma filosofia e uma arte.

De acordo com Sigmund Freud, psicanálise é o nome de:

Um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo,

Um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos,

Uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumulou numa "nova" disciplina científica. A essa definição elaborada pelo próprio Freud pode ser acrescentada um tratamento possível da psicose e perversão, considerando o desenvolvimento dessa técnica do pseudônimo.

Diversas dissidências da matriz freudiana foram sendo verificadas ao longo do século XX, tendo a psicanálise encontrado seu apogeu nos anos 50 e 60.

As principais dissensões que passou o criador da psicanálise foram C. G. Jung e Alfred Adler, que participavam da expansão da psicanálise no começo do século XX. C. G. Jung, inclusive, foi o primeiro presidente da Associação Internacional de Psicanálise (IPA), antes de sua renúncia ao cargo e a seguidor das ideias de Freud. Outras dissidências importantes foram Otto Rank, Erich Fromm e Wilhelm Reich. No entanto, a partir da teoria psicanalítica de Freud, fundou-se uma tradição de pesquisas envolvendo a psicoterapia, o inconsciente e o desenvolvimento da práxis clínica, com uma abordagem puramente psicológica.

Desenvolvimentos como a psicoterapia humanista/existencial, psicoterapia reichiana, dentre diversas e tantas terapias existentes, foram, sem dúvida, influenciadas pela tradição psicanalítica, embora tenham conferido uma visão particular para os conteúdos da psicologia clínica.

O método de interpretar os pacientes e buscar a cura de enfermidades físicas e mentais através de um diálogo sistemático/metodológico com os pacientes foi uma inovação trazida por Freud desenvolvido a partir de suas observações e experiência de tratamento através da hipnose. Até então, os avanços na área da psicoterapia eram obsoletas e tinham um apelo pela sugestão ou pela terapia com banhos, sangria (medicina) e outros métodos antigos no combate às doenças mentais. O verdadeiro choque moral provocado pelas ideias de Freud serviu para que a humanidade rompesse, ou pelo menos repensasse muito de seus tabus e preconceitos na compreensão da sexualidade, tornando importantíssima sua contribuição ao conhecimento humano.

Na atualidade, a Psicanálise já não se limita à prática e tem uma amplitude maior de pesquisa, centrada em outros temas e cenários, desenvolvendo-se como uma ciência psicológica autônoma. Hoje fica muito difícil afirmar se a Psicanálise é uma disciplina da Psicologia ou uma Psicologia própria.

Após Freud, muitos outros psicanalistas contribuíram para o desenvolvimento e importância da psicanálise. Entre alguns, podemos citar Melanie Klein, Winnicott, Bion e André Green. No

entanto, a principal virada no seio da psicanálise, que conciliou ao mesmo tempo a inovação e a proposta de um "retorno a Freud" veio com o psicanalista francês Jacques Lacan. A partir daí outros importantes autores surgiram e convivem em nosso tempo, como Françoise Dolto, Serge André, J-D Nasio e Jacques-Alain Miller.

Sigmund Schlomo Freud (Freiberg in Mähren, 6 de maio de 1856 – Londres, 23 de setembro de 1939), mais conhecido como Sigmund Freud, foi um médico neurologista e psiquiatra criador da psicanálise. Freud nasceu em uma família judaica, em Freiberg in Mähren, na época pertencente ao Império Austríaco (atualmente, a localidade é denominada Příbor, e pertence à República Tcheca).

Freud iniciou seus estudos pela utilização da técnica da hipnose no tratamento de pacientes com histeria, como forma de acesso aos seus conteúdos mentais. Ao observar a melhora dos pacientes tratados pelo médico francês Charcot, elaborou a hipótese de que a causa da histeria era psicológica, e não orgânica. Essa hipótese serviu de base para outros conceitos desenvolvidos por Freud, como o do inconsciente.

Freud também é conhecido por suas teorias do complexo de Édipo e da repressão psicológica e por criar a utilização clínica da psicanálise como tratamento das psicopatologias, através da escuta do paciente. Freud acreditava que o desejo sexual era a energia motivacional primária da vida humana. Sua obra fez surgir uma nova compreensão do ser humano, como um animal dotado de razão imperfeita e influenciado por seus desejos e sentimentos. Segundo Freud, a contradição entre esses impulsos e a vida em sociedade gera, no ser humano, um tormento psíquico.

Freud tinha uma visão biopsicossocial do ser humano. Fatos como a descrição de pacientes curados através do diálogo por Josef Breuer e a morte do colega Ernst von Fleischl-Marxow por dose excessiva do antidepressivo da época, a cocaína, levaram-no ao abandono das técnicas de hipnose e de drogas para criar um novo método: a cura pela fala, ou seja, a psicanálise, que utilizava a interpretação de sonhos e a livre associação como vias de acesso ao inconsciente.

Suas teorias e seus tratamentos foram controversos na Viena do século XIX, e continuam a ser muito debatidos hoje. Sua teoria é de grande influência na psicologia atual e segue se desenvolvendo através de estudos e prática clínica na área, com psicanalistas que vieram depois dele. Estes criaram suas próprias teorias, mas sempre com base nos pressupostos intrínsecos colocados por Freud, como a noção de inconsciente e transferência.

Sigmund Freud era filho de Jacob Freud (um judeu proveniente da Galícia e comerciante de lã) e de sua terceira mulher, Amalie Nathanson (1835-1930). Nascido com o nome de Sigmund Schlomo Freud em 1856, Freud foi anotado no Registro Civil como Segismundo Schlomo Freud.

Freud, com dois anos de idade, mudou-se com sua família primeiro para Lípsia na Alemanha e logo após mudou-se para Viena em 1860, quando tinha quatro anos de idade, por causa de problemas financeiros e de problemas de saúde de sua família.

Freud ingressou na Universidade de Viena aos 17 anos. Ele planejava estudar direito mas, ao invés disso, entrou para a faculdade de medicina, onde seus estudos incluíram filosofia, com o professor Franz Brentano, fisiologia, com o professor Ernst Brücke e zoologia, com o professor darwinista Carl Friedrich Claus. Em 1876, Freud passou quatro semanas na estação zoológica de Claus em Trieste, dissecando o sistema reprodutor masculino de centenas de enguias, num estudo que se revelou inconclusivo.

Foi com as discussões de casos clínicos com Breuer que surgiram as ideias que culminaram com a publicação dos primeiros artigos sobre a psicanálise. O primeiro caso clínico relatado deve-se a Breuer e descreve o tratamento dado a uma paciente (Bertha Pappenheim, chamada de "Anna O." no livro), que demonstrava vários sintomas clássicos de histeria. O método de tratamento consistia na chamada "cura pela fala" ou "cura catártica", na qual o ou a paciente discute sobre as suas associações com cada sintoma e, com isso, os faz desaparecer. Esta técnica tornou-se o centro das técnicas de Freud, que também acreditava que as memórias ocultas ou "reprimidas" nas quais baseavam-se os sintomas de histeria eram sempre de natureza sexual. Breuer não concordava com Freud neste último ponto, o que levou à separação entre eles logo após a publicação dos casos clínicos.

Na verdade, inicialmente, a classe médica em geral acaba por marginalizar as ideias de Freud; seu único confidente durante esta época é o médico Wilhelm Fliess. Depois que o pai de Freud falece, em outubro de 1896, segundo as cartas recebidas por Fliess, Freud, naquele período, dedica-se a anotar e analisar seus próprios sonhos, remetendo-os à sua própria infância e, no processo, determinando as raízes de suas próprias neuroses. Tais anotações tornam-se a fonte para a obra *A Interpretação dos Sonhos*. Durante o curso desta autoanálise, Freud chega à conclusão de que seus próprios problemas eram devidos a uma atração por sua mãe e a uma hostilidade em relação a seu pai. É o famoso "complexo de Édipo", que se torna o coração da teoria de Freud sobre a origem da neurose em todos os seus pacientes.

Nos primeiros anos do século XX, são publicadas suas obras *A Interpretação dos Sonhos* e *A psicopatologia da vida cotidiana*. Nesta época, Freud já não mantinha mais contato nem com Josef Breuer, nem com Wilhelm Fliess. No início, as tiragens das obras não animavam Freud, mas logo médicos de vários lugares — Eugen Bleuler, Carl Jung, Karl Abrahams, Ernest Jones, Sandor Ferenczi — mostram respaldo às suas ideias e passam a compor o Movimento Psicanalítico.

Por sua vida inteira, Freud teve uma posição financeira modesta. Josef Breuer foi, no início, um aliado de Freud em suas ideias e também um aliado financeiro.

Freud criou o termo "psicanálise" para designar um método para investigar os processos inconscientes e de outro modo inacessíveis do psiquismo.

Atualmente, um dos testes aplicados pelos psicólogos examinadores é o Teste de Atenção Concentrada que, como o próprio nome sugere, mensura a capacidade do candidato de concentrar sua atividade mental em torno de certos elementos pré-definidos. Esse tipo de aptidão indispensável para quem quer conduzir automóveis é exatamente o oposto da atitude psíquica que Freud denominou de “atenção flutuante”.

Desde o momento em que estabeleceu definitivamente o formato da terapia psicanalítica, ou seja, quando largou de vez o método catártico e a hipnose, Freud já dizia que o psicanalista tinha que se portar diante do paciente de uma forma distinta do posicionamento médico habitual. De forma geral, quando o médico recebe um doente para uma consulta, sua atenção está voltada para os aspectos específicos da fala e da condição física do paciente que podem indicar a existência ou não de patologias. Nesse sentido, o médico seleciona a priori determinados signos e verifica se eles se manifestam na fala e no corpo do doente. Em outras palavras, o médico faz uso da mesma atenção concentrada que o condutor emprega para perceber as placas e sinais de trânsito e identificar o seu significado.



Leitura Complementar:

Livro: Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan – Volume 2 - A Clínica da Fantasia

Editora: Zahar

Autor: Marco Antonio Coutinho Jorge.

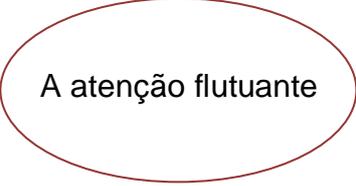
A investigação psicanalítica da paranoia não seria possível se os doentes não tivessem a peculiaridade de revelar, ainda que de forma distorcida, justamente o que os demais neuróticos escondem como um segredo. Dado que os paranoicos não podem ser impelidos a vencer suas resistências internas e, de toda forma, dizem apenas o que querem dizer, precisamente no caso dessa afecção o relato escrito ou a história clínica impressa pode funcionar como substituto do conhecimento pessoal do doente. Parece-me lícito, então, fazer interpretações psicanalíticas a partir do caso clínico de um paranoico (enfermo de demencia paranoides) que jamais conheci, mas que redigiu ele mesmo sua história clínica e a levou ao conhecimento público de forma impressa.

A psicanálise é um sistema investigativo do funcionamento da mente humana que busca identificar desordens psíquicas que causam sofrimento, ou seja, provenientes da psique

humana. Para tanto, Freud evolui em seu método de abordagem: abandona a terapêutica pela catarse hipnótica e adota novas técnicas psicanalíticas.

No princípio fundamental “tornar consciente o inconsciente” encontra-se a regra fundamental para o paciente, que é conhecida como método de livre associação: o meio privilegiado de análise e investigação do inconsciente.

Se o método de livre associação é a regra fundamental do paciente, Freud cria a regra fundamental do analista:



A atenção flutuante

Essa regra técnica tem como objetivo conhecer e dominar o contador, pois somente assim o analista terá um ambiente favorável à análise ao longo do tempo. Basicamente, a regra guia os analistas a não privilegiarem objetos ou elementos particulares apresentados no discurso analisado.

Em seu texto, Freud pontua sobre a necessidade de prestar a mesma atenção fluente a tudo o que se escuta durante o método da livre associação, sem aplicação dos pré-julgamentos conscientes e das defesas inconscientes do próprio analista.

Freud chama a atenção para a importância da adoção da “postura de cirurgião”, garantindo a distância relativa necessária do analisado para identificar e tratar com êxito. Afetos pessoais devem ser evitados, e as análises devem ser feitas apenas com base nas conversas obtidas. Por fim, é importante ainda que o terapeuta se divida em um observador racional e em outro irracional, existencial, durante a avaliação.

Para Freud, a contratransferência era um “jeito errado de amar o analisado” — reações afetivas conscientes ou inconscientes — que poderia colocar em risco a efetividade da análise.

Portanto, o analista deveria estar atento às resistências e aos conflitos que poderiam surgir decorrentes do seu próprio inconsciente e, por meio do autoexame, perceber a existência de tais conflitos, conhecer sua natureza e eliminar suas consequências adversas.

Para evitar os efeitos negativos da contratransferência, é importante trabalhar em três pontos:



O método psicanalítico, encarado do ponto de vista simplesmente terapêutico, é uma terapia que se baseia na ideia de que conhecer e compreender a origem dos problemas que nos afetam nos liberta, em certa medida, de tensões, ansiedades e padecimentos.

Os conflitos característicos da primeira infância podem ser resolvidos, seguindo-se um desenvolvimento psíquico saudável. Mas, como acontece muitas vezes, podem ser mal resolvidos ou mesmo não resolvidos. Isto significa que são recalçados ou reprimidos, afastados para longe da nossa consciência.

Que esses conflitos se tornem inconscientes não implica de modo nenhum que sejam desativados ou deixem de existir. Com efeito, não se manifestando diretamente ao nível da consciência, tais conflitos e incidentes traumáticos continuam a afetar o nosso comportamento e a nossa personalidade sem disso termos consciência.

Quer isto dizer que se manifestam de forma indireta provocando perturbações psíquicas, desordens no comportamento e sofrimentos físicos. Como esses conflitos e incidentes foram recalçados (tornam-se inconscientes), são, sem que o saibamos, a causa dos nossos atuais padecimentos físicos e psíquicos.

Mecanismos de defesa Freud:

—————→ Estratégias inconscientes que a pessoa utiliza para tentar reduzir a tensão e a ansiedade, fruto de tensão entre id, ego e superego.

Recalcamento:

Envio para o id pulsões/desejos e sentimentos que não se podem admitir no ego, conteúdos tendem a reaparecer de forma disfarçada (sonhos, atos falhados, etc.)

Exemplo: “esquecer” que detesta o irmão (ciúmes)

Negação:

Sujeito recusa-se a aceitar ou reconhecer a situação causadora de ansiedade.

Exemplo: negar que o filho morreu.

Regressão:

Adoção de modos de pensar, atitudes e que os caracteriza de uma fase de desenvolvimento anterior, procurar proteção de épocas passadas.

Exemplo: criança que faz chichi na cama após o nascimento do irmão, dependência excessiva no adulto.

Racionalização:

Ocultar a si aos outros as verdadeiras razões, e justificar racionalmente o seu comportamento (justificação aceitável).

Exemplo: “bati com o carro porque apanhei areia” em vez de referir excesso de velocidade.

Projeção:

Atribuição, aos outros, de desejos, ideias, características, que não consegue admitir em si próprio.

Exemplo: pessoa agressiva que diz que o mundo está muito perigoso.

Deslocamento:

Transferência de pulsões e emoções do seu objecto natural para objectos substitutos.

Exemplo: empregado que é criticado no emprego por um superior hierárquico e se torna agressivo quando chega a casa.

Formação Reativa:

Apresentação de comportamentos opostos às pulsões, de forma a tentar afastá-las.

Exemplo: emburrar com alguém por quem se está apaixonado. Ditado popular “Quem desdenha quer comprar”.

Sublimação:

Substituição do objeto das pulsões de forma que estas se possam manifestar de forma socialmente aceite.

Exemplo: “Voyer” que se transforma em pintor de nus.

Ascetismo:

Nega o prazer, tenta controlar as pulsões (rigorosa disciplina e isolamento)

Exemplo: adolescente que tenta negar a sua sexualidade e os seus desejos, refugiando-se em rotinas e no cumprimento escrupuloso das regras.

Intelectualização:

Esconder aspectos emocionais típicos, centrando a sua energia em atividades do pensamento.

Exemplo: adolescentes que se centram demasiado nos estudos e em atividades intelectuais, delegando para segundo plano as manifestações de sexualidade.

A teoria psicanalítica foi desenvolvida pelo neurologista austríaco Sigmund Freud (1856-1939) e está intimamente relacionada a sua prática psicoterapêutica. É uma teoria que procura descrever a etiologia dos transtornos mentais, o desenvolvimento do homem e de sua personalidade, além de explicar a motivação humana. Com base nesse corpo teórico Freud desenvolveu um tipo de psicoterapia. Ao conjunto formado pela teoria, a prática psicoterapêutica nela baseada e os métodos utilizados dá-se o nome de psicanálise.

A ESTRUTURA DA PERSONALIDADE SEGUNDO A PSICANÁLISE

O pensamento psicanalítico dominou a psicologia do século XX e cunhou alguns conceitos cuja extensão ultrapassou o uso terapêutico e impregnou o pensamento erudito em várias áreas da cultura. Alguns deles chegaram mesmo a ganhar um uso popular. Freud elaborou uma teoria da estrutura e do desenvolvimento da personalidade, a qual consagrou determinados termos, hoje em dia muito conhecidos, mas nem sempre bem compreendidos.

A personalidade é concebida como estruturada em instâncias consciente, pré-consciente e inconsciente. O consciente consiste em tudo aquilo de que nos damos conta, como as sensações, percepções, memórias, sentimentos e fantasias. Esse é o aspecto do nosso processamento mental de que podemos pensar e falar de maneira racional.

O pré-consciente inclui todas as coisas que embora não nos sejam presentes no momento podem facilmente voltar à consciência por um ato de vontade.

Freud fez uma metáfora dessa teoria, comparando-a a um iceberg, no qual a maior parte, invisível, fica submersa (inconsciente). Conforme oscila, parte do iceberg está hora submersa hora imersa e se torna momentaneamente visível (pré-consciente). A ponta do iceberg fica permanentemente acima da água e é, por isso, permanentemente visível (consciente).

O id está presente desde o nascimento: é o componente inato dos indivíduos. Ele é completamente inconsciente e inclui desejos, vontades e pulsões primitivas, formado principalmente pelos instintos e desejos orgânicos de prazer. O id é a fonte de toda a energia psíquica, por isso, é o principal componente da personalidade. É dirigido pelo princípio do prazer, que se esforça para alcançar a satisfação imediata de todos os desejos e necessidades. As outras partes que compõem a personalidade humana, o ego e o superego, se desenvolvem a partir do id.

O ego ou "eu" é o componente da personalidade que está encarregado da interação do ser humano com a sua realidade, de adaptar os desejos e as necessidades a essa realidade. O ego se desenvolve a partir do id e contrapõe a ele o "princípio da realidade", assegurando que os impulsos do id possam ser expressos de maneira aceitável ou então reprimidos para o inconsciente. O ego funciona, pois, se esforçando para satisfazer os desejos do id de maneira realista e socialmente aceitável. Embora seja um componente adquirido, o ego começa a se desenvolver já nos primeiros anos de vida do indivíduo.

O modelo psicanalítico da mente considera que a atividade mental é baseada no papel central do inconsciente dinâmico. O contato com a realidade teórica da psicanálise põe em evidência uma multiplicidade de abordagens, com diferentes níveis de abstração, conceituações conflitantes e linguagens distintas. Mas isso deve ser entendido em um contexto histórico cultural e em relação às próprias características do modelo psicanalítico da mente.

Obs.: A expressão "pesquisa psicanalítica" é a tradução de "psychoanalytische Forschung".

A pesquisa psicanalítica define-se não somente pelo objeto da pesquisa, mas também pelo método como esse objeto é pesquisado. Assim sendo, o método não pode ser outro a não ser o método psicanalítico que, iniciado como método clínico e incipiente método científico por Freud, foi elevado a método científico por Lacan.

Herrmann (2004) caracteriza a pesquisa psicanalítica como o procedimento de investigação criado pela psicanálise, justificado pois "cada grande teoria constituída cria seu procedimento de investigação – em certos casos, como o nosso, que também se presta a intervenções – no qual, por assim dizer, esta se encarna em forma concentrada".

Iribarry (2003) destaca: "A pesquisa psicanalítica marca sua diferença em relação às demais abordagens pelo menos em dois pontos fundamentais: primeiro, porque ela não inclui em seus objetivos a necessidade de uma inferência generalizadora, seja para a amostra ou para a população, pois seus resultados modificam a maneira como os pesquisadores da comunidade psicanalítica irão demarcar sua posição em relação aos novos sentidos produzidos pelo texto que torna a pesquisa pública; segundo, porque suas estratégias de análise de resultados não trabalham com o signo, mas sim com o significante".

Psicologia de Grupo e a Análise do Ego (Psicologia das Massas e a Análise do Eu, no Brasil) é um livro de Sigmund Freud (1856-1939) publicado originalmente em Leipzig, Viena e Zurique, 1921 com o título original de Massenpsychologie Ich-Analyse, logo em seguida traduzido para inglês como Group Psychology and the Analysis of the Ego por James Strachey. Souza, 2010 comenta o estilo dialético de Freud nessa obra e adota a expressão Psicologia das Massas em vez de Psicologia de Grupo.

A distinção entre a psicologia de grupo e das massas ou coletiva, que inclusive faz parte da introdução do livro, é um tema ainda polêmico no âmbito da psicologia social, que para uns limita-se ao estudo do processo grupal ou dinâmica de grupo e para outros se estende à dimensão sociológica do sujeito coletivo (sócio-histórico) ou à concepção de mente grupal (dinâmica de um grupo como sujeito).

—————> A psicanálise é a área de investigação da mente humana. Sob os seus domínios estão diversos tipos de tratamentos de saúde clínica.

A origem da psicanálise se dá no século XIX a partir dos estudos da psique humana pelo médico Sigmund Freud, em 1881, quando ainda trabalhava no Hospital Geral de Viena.

Segundo Freud, a psicanálise seria a “profissão de pessoas leigas que curam almas”. No sentido científico da palavra, “alma” seria o equivalente a “mente” ou “inteligência”, atribuindo esse valor à condição das patologias que atingem e afligem muitas pessoas no mundo.

O papel do psicoterapeuta é mostrar estes trilhos de forma a compor uma paisagem mais natural possível para o paciente. Como forma de agir nos métodos, o tratamento ocorre com uma frequência de conversas que tendem a durar, dependendo das situações.

Na teoria psicanalítica, o acesso aos campos conflitantes da mente do paciente, devem ser transferidos para um plano de vista que seja facilmente penetrável pela pessoa. O objetivo disto é observar e dissolver os processos que desorganizam os aspectos da personalidade.

Personalidade é o conjunto de características psicológicas que determinam os padrões de pensar, sentir e agir, ou seja, a individualidade pessoal e social de alguém. A formação da personalidade é processo gradual, complexo e único a cada indivíduo.

O termo é usado em linguagem comum com o sentido de "conjunto das características marcantes de uma pessoa", de forma que se pode dizer que uma pessoa "não tem personalidade"; esse uso no entanto leva em conta um conceito do senso comum e não o conceito científico aqui tratado.

Encontrar uma exata definição para termo personalidade não é uma tarefa simples. O termo é usado na linguagem comum - isto é, como parte da psicologia do senso comum - com diferentes significados, e esses significados costumam influenciar as definições científicas do termo.

Assim, na literatura psicológica alemã *persönlichkeit* costuma ser usado de maneira ampla, incluindo temas como inteligência; o conceito anglófono de *personality* costuma ser aplicado de maneira mais restrita, referindo-se mais aos aspectos sociais e emocionais do conceito alemão.

Carver e Scheier dão a seguinte definição: "Personalidade é uma organização interna e dinâmica dos sistemas psicofísicos que criam os padrões de comportar-se, de pensar e de sentir característicos de uma pessoa". Esta definição de trabalho salienta que personalidade:

- ✓ é uma organização e não uma aglomeração de partes soltas;
- ✓ é dinâmica e não estática, imutável;
- ✓ é um conceito psicológico, mas intimamente relacionado com o corpo e seus processos;
- ✓ é uma força ativa que ajuda a determinar o relacionamento da pessoa com o mundo que a cerca;
- ✓ mostra-se em padrões, isto é, através de características recorrentes e consistentes
- ✓ expressa-se de diferentes maneiras - comportamento, pensamento e emoções.

A relação entre forma física e personalidade estimula a imaginação de filósofos e pensadores desde a antiguidade. Kretschmer propôs nos anos 20 do século XX uma classificação dos tipos físicos que, supunha ele, estavam relacionados com diferentes transtornos mentais, posteriormente com diferentes temperamentos. Ele classifica três tipos físicos:

Tipo longilíneo ou leptossômico, de corpos delgados, ombros estreitos, peito aplainado, rosto alargado e estreito, membros longos e delgados. Teria uma maior tendência para a esquizofrenia e um temperamento mais sensível;

Tipo atlético ou muscular, de sistema ósseo e muscular desenvolvidos, ombros largos, cadeiras estreitas e pescoço grosso. Teria tendência para a epilepsia e um temperamento intermediário entre os outros dois;

Tipo brevelíneo ou pícnico, de rosto arredondado, abdome saliente, membros curtos. Tenderia à ciclotimia e a um temperamento mais tranquilo.

A relação correlativa entre essas características foi inicialmente empiricamente comprovada. Análises posteriores mais exatas, que levavam em conta outras variáveis - como a idade - e usavam métodos mais objetivos, acabaram por derrubar a teoria de Kretschmer.

No entanto a possibilidade de haver uma real relação entre forma física e características psicológicas não é improvável, mas não de maneira direta, como pensava Kretschmer. A forma física pode, através de um processo de autopercepção, ser considerada positiva ou negativa e, assim, influenciar a autoestima, influenciando assim os traços de comportamento; pode ainda ser influenciada pela percepção que a pessoa tem de si, influenciar os motivos e interesses da pessoa, influenciando assim também as tendências de comportamento da pessoa. No entanto não apenas a autopercepção pode influenciar a autoestima e os interesses de alguém; o juízo de outras pessoas e a reação destas desempenham também um importante papel nesse processo, de forma que as características de comportamento estáveis (assim a personalidade) são influenciadas indiretamente e de quatro maneiras diferentes pela forma física:

Forma física → autopercepção → autoestima → comportamento

Forma física → autopercepção → interesses e motivos → comportamento

Forma física → juízo alheio (reação dos outros ao indivíduo) → autoestima → comportamento

Forma física → juízo alheio → interesses e motivos → comportamento

—————→ Temperamento designa as disposições do indivíduo ligadas à forma do comportamento, principalmente as ligadas aos "três As da personalidade": afetividade, ativação (excitação) e atenção.

O APARELHO PSÍQUICO PARA FREUD, WINNICOTT E KLEIN

O funcionamento psíquico baseia-se em uma complexa interação de elementos biológicos, psicológicos e sociais. Quando se avaliam o estado psicológico e o comportamento de uma pessoa, três fenômenos devem ser considerados. O primeiro é que os tipos de comportamento ou estado emocional, caracterizados como normais ou anormais, variam enormemente com a idade: o que se considera normal em um estágio do desenvolvimento pode ser considerado decisivamente anormal em outro. O segundo fenômeno é que o desenvolvimento psicológico não prossegue de modo uniforme: ocorre em estágios descontínuos, separados por períodos de mudanças bruscas ou de transição de um estágio para outro. Já o terceiro diz respeito ao ambiente ou à cultura em que cada pessoa vive, com suas peculiaridades, tradições e costumes.

A identificação e a descrição dos estágios do desenvolvimento são importantes para todos os profissionais da área da saúde e para os estudantes dessas disciplinas. O conhecimento profundo desses estágios possibilita uma melhor percepção a respeito da estrutura dos padrões normais e dos conflitos psíquicos esperados, assim como dos limites entre saúde e transtornos emocionais. Desse modo, é importante saber que certas crises do desenvolvimento, acompanhadas por ansiedade, incerteza e estresse, estão dentro de uma expectativa normal e não são, necessariamente, sinais de séria instabilidade ou doença mental.

O conceito de normalidade é ambíguo, tem uma multiplicidade de significados e usos e costuma ser definido como um juízo de valor: depende das normas culturais, dos valores e da época dentro do contexto social. As quatro principais perspectivas pelas quais pode ser compreendido são:

Normalidade como saúde, em que um comportamento é considerado normal quando não há nenhuma psicopatologia presente.

Normalidade como utopia, em que ocorre um equilíbrio harmônico de diversos elementos do aparelho mental que culmina com um ótimo funcionamento.

Normalidade como média, isto é, baseada no princípio matemático da curva de Gauss, sendo considerada a média como normal e as extremidades da curva como desviantes.

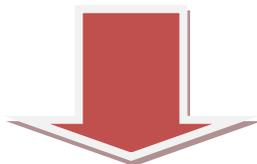
Normalidade como processo, resultante de sistemas que interagem ao longo do tempo, englobando variáveis de origem biológica, psicológica e social.

O conceito de normalidade é ambíguo, tem uma multiplicidade de significados e usos e costuma ser definido como um juízo de valor.

A formulação clássica dos aspectos psicológicos do funcionamento mental é fornecida pela psicanálise, disciplina estabelecida por Sigmund Freud (1856-1939) e desenvolvida por uma série de pesquisadores da mente, dentre os quais se destacam as contribuições de Anna Freud, Melanie Klein, Karl Abraham, Sandor Ferenczi, W. R. Bion, D. Winnicott, J. Lacan, Margareth Mahler, Erik Erikson e, na atualidade, Otto Kernberg, André Green, Jean Laplanche, Hanna Segal, Janine Chasseguet Smirgel, Joyce MacDougall, Betty Joseph, Paulina Kernberg, Thomas Ogden e Antonino Ferro. A contribuição latino-americana para o desenvolvimento da psicanálise baseia-se principalmente nas contribuições de Angel Garma, Heinrich Racker, Willy e Madeleine Baranger, Arminda Aberastury, Leon Grinberg e David Liberman. A palavra psicanálise designa uma teoria do funcionamento mental, um método de investigação dos processos mentais inconscientes e um método de tratamento para transtornos emocionais.

Freud, em 1905, propôs a primeira teoria psicanalítica do desenvolvimento, apresentando estágios sequenciais do desenvolvimento sexual, em que postula não apenas uma teoria sobre o desenvolvimento infantil, mas também uma teoria de interação entre constituição (sequências maturacionais inatas) e experiência. As principais etapas do desenvolvimento infantil estudadas por Freud foram as fases oral, anal e fálica. Na fase fálica, a criança vive, para Freud, um momento crucial de sua estruturação psíquica: o complexo de Édipo. Há uma vivência triangular em que ela passa a rivalizar com um progenitor em busca da atenção e do amor do progenitor do sexo oposto.

Os conflitos vivenciados durante esse período, bem como sua capacidade de resolução, gerariam as bases para as experiências relacionais futuras do indivíduo e determinariam um maior ou menor grau de saúde e doença mental. Freud descreveu dois modelos principais de organização da mente. O primeiro, conhecido como primeira tópica, ou teoria topográfica, divide a mente em consciente, pré-consciente e inconsciente. O consciente é formado pelas ideias e pelos sentimentos que estão em nossa mente a cada dado momento. O pré-consciente inclui conteúdos mentais que podem ser facilmente trazidos à consciência pelo simples aumento da atenção ou esforço de memória. Já o inconsciente apresenta conteúdos mentais censurados por serem inaceitáveis, sendo reprimidos e não podendo emergir tão facilmente à consciência. As evidências clínicas que Freud utilizou para comprovar a existência do inconsciente foram os sonhos e as parapraxias (lapsos ou atos falhos).



O id é uma instância psíquica totalmente inconsciente que inclui as pulsões – de vida e morte ou amorosas e agressivas –, tendo como objetivo descarregar a tensão provocada pela operação dessas forças. É controlado pelos aspectos inconscientes do ego e pelo superego, que incorpora a consciência moral e o ideal de ego.

Na teoria de Winnicott, a influência de uma mãe suficientemente boa, aquela que estimula de forma repetida a segurança do lactente, reconhecendo e satisfazendo o gesto espontâneo do bebê, fortalece o fraco ego infantil e cria, a partir disso, um verdadeiro self, resultado, portanto, do sucesso da mãe em sua função.

Estágio	Crise psicossocial
I. Bebê	Confiança básica x Desconfiança
II. Primeira infância	Autonomia x Vergonha, dúvida
III. Infância intermediária	Iniciativa x Culpa
IV. Idade escolar	Atividade x Inferioridade
V. Adolescência	Identidade x Confusão de identidade
VI. Adulto jovem	Intimidade x Isolamento
VII. Adulto	Generatividade x Estagnação
VIII. Idoso	Integridade de ego x Desespero



Cada crise psicossocial possibilita, se bem elaborada, uma aquisição significativa à personalidade do sujeito:

- I. Esperança
- II. Vontade/Desejo
- III. Objetivo/Propósito
- IV. Competência
- V. Fidelidade
- VI. Amor
- VII. Cuidado
- VIII. Sabedoria

A teoria da técnica psicanalítica, a psicopatologia e os estudos sobre metapsicologia foram constantemente revisados e ampliados desde os achados de Freud. Essa evolução tem ajudado a contemplar os mais variados tipos de pacientes e tem possibilitado que diferentes queixas possam ser atendidas. A duração da psicoterapia e sua capacidade de tratar são importantes aspectos da técnica que devem ser constantemente revisados e ampliados para que possam se aplicar ao tempo contemporâneo e à demanda atual de pacientes. Espera-se que a dupla terapêutica seja capaz de transformar fantasias de adoecimento e cura em planos para combater o adoecimento e buscar a cura.

FREUD

Tornar consciente o inconsciente sempre foi e continua sendo um dos principais objetivos do tratamento psicanalítico. Essa fórmula, originária do modelo topográfico da mente, foi reformulada como "onde estava o id, ali estará o ego", articulando a ideia de que preencher as lacunas mnêmicas seria o objetivo central dos tratamentos psicanalíticos. Freud também descreveu a capacidade adquirida ou aumentada do paciente de amar e trabalhar como um objetivo terapêutico. Embora Freud tenha escrito, ao longo da sua vasta obra, inúmeros textos relevantes para a presente revisão, esta se aterá ao texto de 1937, "Análise terminável e interminável".

Freud descreve a finalidade de um tratamento analítico como sendo a libertação de alguém de seus sintomas, inibições e anormalidades de caráter neurótico, ou seja, para ele, o analista trabalha para devolver ao paciente grande parte de sua independência, despertar seu interesse pela vida e ajustar suas relações com as pessoas que são importantes para ele²⁴. Outra conquista considerada por Freud acontece quando o paciente é capaz de se apropriar de sua melhora, vencendo as resistências que a doença revela quando está prestes a ser dominada²⁴. Afinal, costuma-se comentar e justificar imperfeições nas pessoas com o argumento de que suas análises não foram terminadas. A respeito dos objetivos e marcadores de uma análise bem-sucedida, ele escreve:

(...) em primeiro lugar, que o paciente não mais esteja sofrendo de seus sintomas e tenha superado suas ansiedades e inibições; em segundo, que o analista julgue que foi tornado consciente tanto material reprimido, que foi explicada tanta coisa ininteligível, que foram vencidas tantas resistências internas, que não há necessidade de temer uma repetição do processo patológico em apreço.

KLEIN

A contribuição de Melanie Klein selecionada no recorte desta revisão refere-se ao artigo de 1950, "Sobre os critérios para o término de uma psicanálise". Sua inovação teórica está no postulado de que o final da análise, como experiência emocional, oportuniza o término do trabalho com as ansiedades persecutórias e depressivas, as quais são reativadas pelo rompimento da relação analítica e oferece a finalização da elaboração das posições infantis esquizo-paranoide e depressiva.

BION

Bion considerava o objetivo de um tratamento a obtenção de crescimento mental, o qual não deve ser confundido com o conceito de cura que se costuma utilizar nas outras áreas da saúde. Dessa forma, sua proposta para um tratamento não se baseava no propósito de diminuir sintomas e angústias, mas na oportunidade criada pela dupla paciente-terapeuta de promover espaços mentais com cada vez mais verdade, criatividade e complexidade. Para ele, o desejo de curar era algo que se prestava mais a atrapalhar o processo terapêutico do que a ajudar. A ansiedade própria da vontade de acabar com as dores emocionais e com a sintomatologia tomava o lugar da busca pela verdade. A difícil tarefa de sustentar a abertura de espaço psíquico que promove crescimento mental poderia ser substituída pela fácil tarefa de tornar a pessoa mais adaptada ao seu meio social.

Bion acreditava que havia duas maneiras pelas quais um sujeito poderia escapar da dor mental: ou canalizando seus máximos esforços para fugir dela, ou enfrentando, experimentando, sentindo e aprendendo com ela. Esta última seria a única maneira de transformar ou modificar as frustrações^{29;30}. A propósito, as frustrações são experiências extremamente importantes para a formação dos pensamentos dentro da teoria bioniana. É a partir do encontro entre pré-concepção (como uma expectativa de algo, inata) e frustração (não realização dessa expectativa) que nasce um pensamento, quando o sujeito não opta pela fuga. No tratamento psicanalítico, o trabalho deve centrar-se na formação ou estimulação de uma mente capaz de tolerar e manejar as dores emocionais e as frustrações, o que permitirá a expansão de uma mente criativa, cada vez mais capaz de suportar a vida. O aprender com a experiência desenvolve justamente essa capacidade criadora de pensamentos, bem como o aparelho capacitado para pensá-los, propiciando a aquisição de um estilo de vida promotor de saúde emocional.

WINNICOTT

As contribuições de Winnicott conseguiram expandir e renovar a teoria clássica com a mesma intensidade com que o autor lutou para mantê-la viva em sua originalidade.

Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de me manter vivo, me manter bem, me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada uma análise espero poder continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la.

KOHUT

Professor de metapsicologia freudiana, Kohut fez de suas ideias sobre o narcisismo, a denominada psicologia do self, uma ferramenta útil para a clínica contemporânea.

O conceito de self objetal é importante para a clínica porque influencia a percepção da relação transferencial dentro desta teoria. Para Kohut, o bebê não nasce sentindo ódio e raiva, privado de satisfações. Ele nasce otimista. Para o autor, a ênfase está colocada menos nas fantasias e mais na relação com as pessoas de verdade, as quais formarão a unidade primitiva self-objeto³⁷. Na sua teoria sobre o desenvolvimento, existe um bebê que necessita de experiências de satisfação que promovam nele a sensação de perfeição. Em seguida, por meio de experiências de frustração, essa sensação de perfeição é abalada de maneira irremediável.

A sensação de impotência de ser alguém pequeno e cheio de necessidades que desesperadamente necessita do ambiente para sobreviver implora pelo não abandono da ilusão de perfeição. Esse acontecimento toma então dois rumos: quando o bebê se exhibe aos pais, recebendo em troca sua admiração e satisfação pelo exibicionismo, tem em retorno a construção do self grandioso; quando as necessidades do bebê são satisfeitas, são os pais que se oferecem como destinatários da perfeição na formação da imago parental idealizada.

Obs.: Donald Woods Winnicott (Plymouth, 7 de abril de 1896 — 28 de janeiro, 1971) foi um pediatra e psicanalista inglês.

Para Freud, ao brincar, a criança tem prazer na aparente onipotência que adquire ao manipular os objetos cotidianos associando-os a símbolos imaginários como no jogo fort-da que evocava a presença da mãe na análise infantil que realizou. Não há dúvidas, porém que foi Melanie Klein quem efetivamente trouxe a brincadeira para o trabalho psicanalítico com crianças. Klein reconheceu uma similitude entre a atividade lúdica infantil e o sonho do adulto, e as verbalizações da criança ao brincar e a associação livre clássica.

Discípulo de Klein, Winnicott redimensiona a brincadeira, situando o brincar do analista e o valor que essa atividade possui em si, instituída como uma atividade infantil, e que também faz parte do mundo adulto. Para ele os analistas infantis por se ocuparem tanto dos possíveis significados do brincar não possuíam um claro enunciado descritivo sobre o brincar. Para ele "Brincar é algo além de imaginar e desejar, brincar é o fazer".

O TRAUMA E A PSICANÁLISE

Um trauma pode se apresentar de muitas e variadas formas e, estranhamente, reunir comportamentos e manifestações que nem de longe, à primeira vista, se poderia suspeitar como pertencentes a um único problema.

Dores no corpo sem causas físicas ou psicológicas que as justifiquem, o sujeito tranquilo que de repente entra em uma briga no trânsito, aquele parente boa pessoa que às vezes constrange as garotas da família, o medo que experimenta em uma simples ida ao dentista, tudo isso pode ser devido a um trauma.

Trauma é uma resposta de defesa incompleta do organismo e que ficou congelada no tempo. Seus sintomas decorrem das tentativas de reter e administrar cargas intensas, que são inerentes ao instinto de sobrevivência e aos impulsos mais poderosos que o corpo pode produzir.

O trauma acontece quando a capacidade adaptativa do organismo é forçada além de suas possibilidades de autorregulação, ou seja, o sistema nervoso se desorganiza e não consegue se recompor.

Sándor Ferenczi (Miskolc, 16 de julho de 1873 — Budapeste, 22 de maio de 1933) foi um psicanalista húngaro, um dos mais íntimos colaboradores de Freud Tornou-se famoso pelas experiências psicanalíticas.

Sua produção teórica teve início logo após seu contato com Freud em 1908. Dedicou toda sua obra a questionar a psicanálise, procurando ampliar seus limites terapêuticos e, em suas preocupações, privilegiou o tratamento de psicóticos, de pacientes psicossomáticos e casos-limites, sendo que muitas de suas idéias encontram-se na origem da teoria psicanalítica das escolas inglesa e francesa. Dentre seus interesses teóricos destacam-se: os temas da introjeção e projeção, a ênfase sobre o papel estruturante do objeto externo no desenvolvimento psíquico, a regressão na cura analítica, a importância dos vínculos – relação mãe e bebê, o impacto do trauma infantil na constituição do sujeito, a distinção do trauma, do traumático e do traumatismo, bem como a clivagem corpo e psiquismo. No desenvolvimento das questões técnicas, propôs a necessidade de contato emocional entre analista e analisando para a efetiva realização de um processo de mudança psíquica; ressaltou a importância da empatia e da contratransferência como paradigma técnico, e a defesa da psicanálise para não médicos.

Cada vez mais, a importância de sua obra tem sido reconhecida pela atualidade das questões abordadas, que se revela no debate do tratamento de vítimas de abuso sexual infantil, em sua proposta de integração do biológico com a psicanálise e na investigação de transtornos graves de caráter, estruturas narcisistas e pacientes limítrofes.

Entre 1892 e 1897, a etiologia traumática das neuroses está próxima a ideia de um “evento real” ocorrido nos primeiros anos de vida de uma criança. Os estudos da histeria explicam o trauma como decorrente de um acontecimento advindo da realidade externa que atravessou o sujeito na

infância, deixando marcas de afetos penosos no psiquismo, como uma espécie de “corpo estranho”. Desse modo, o trauma seria consequência da falta de meios de ocorrer ab-reação diante da experiência, impossibilitando, assim, a descarga dos afetos. Como a autora defende:

“(…) A cura catártica teria como fim buscar, pela ab-reação dos afetos traumáticos através da colocação em palavras, a reminiscência patógena”. (Ferreira, pág 30)

Nos primórdios da psicanálise, as “neuroses traumáticas” não são claramente diferenciadas da histeria. Conforme Freud avança nas suas pesquisas sobre a neurose, acaba descartando o acontecimento traumático como exclusivamente desencadeado pela exterioridade, desatrelado de subjetividade. Freud em 1905-1906 aponta que, acima das excitações vivenciadas na infância, o que se deve atentar é para a reação de recalçamento do sujeito perante essas vivências. O fator externo cede espaço ao valor interno no momento que entra em cena as fantasias transbordadas de desejos sexuais. Assim, Márcia Porto coloca que a realidade objetiva é substituída pela realidade psíquica na determinação da neurose.

A pesquisa da Associação Americana de Psicologia (APA), divulgada em novembro de 2017, entrevistou adultos residentes nos Estados Unidos. Foram ouvidos 1.376 homens e 2.047 mulheres. O “futuro da nação” foi a fonte de estresse mais citada: 63% relataram ansiedade quanto aos rumos do país.

O “atual clima político”, mencionado por 57% deles, ficou em quarto lugar. A eleição presidencial de 2016, quando Donald Trump foi eleito, foi citada por 52% como uma fonte significativa de estresse. Por fim, 59% disseram não se lembrar de tempos piores que os atuais — uma sensação que atravessava gerações e foi relatada, inclusive, por americanos que viveram a Segunda Guerra Mundial, a Crise dos Mísseis de 1962 e os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001.

“As pessoas se sentem inseguras e injustiçadas. Esse sentimento geral de injustiça explica por que evoluímos de uma cultura do medo e da exclusão para uma cultura do ódio. Isso tem tornado a vida das pessoas muito sofrida.”

DEPRESSÃO, MELANCOLIA E LUTO

Quando alguém apresenta um quadro de depressão, sem dúvida se mostra encapsulado num formato especial de comportamentos que desperta no outro, uma curiosidade enorme. Isso porque os processos mentais característicos dessa experiência emocional acontecem internamente, logo de forma ofuscada do olhar externo.

Algumas condições devem existir para que se desenvolva a depressão que ocorrerá normalmente após alguma perda importante. “Entra-se” em depressão quando acontece a perda de alguém, ou mesmo de alguma coisa muito importante na vida do sujeito. Se estivermos aqui falando de um desenvolvimento saudável do funcionamento mental, a depressão deve compreender certo período de afastamento das coisas do mundo externo. Um desinvestimento de interesse no mundo que resultará num afastamento da vida social.

—————→ O pensamento comprometido pela depressão é mantido essencialmente por fantasias que muito pouco se adequam a realidade.

De acordo com experiência emocional:

Um primeiro modelo é a depressão comum que ocorre numa mente saudável. Esse tipo de depressão se pronuncia sempre que perdemos algo de muito valor. Nesse padrão depressivo, desvalorizamos o mundo externo, nos resguardando na segurança do mundo interno. Porém, isso até que nos recuperemos da perda e voltemos a nos interessar pelas coisas do mundo. Sigmund Freud (1856-1939) denominou esse processo de ‘luto’. O sujeito se coloca retirado do mundo externo (onde ocorreu a perda), em nome de acomodar internamente a realidade daquilo que se perdeu.

Na depressão melancólica ou patológica, a perda no mundo externo leva ao rebaixamento da autoestima em certo nível que compromete o funcionamento saudável da mente. Isso por que o sujeito não pode continuar funcionando bem sem aquele (ou aquilo) que perdeu. Enquanto na depressão normal (processo de luto), a perda é do objeto amado, na depressão patológica (estado de melancolia) o que se perde é a capacidade de amar.

Outra forma de desfecho patológico da depressão é quando não se encontra espaço emocional para que se viva a depressão natural do processo do luto. Na impossibilidade de se viver o processo depressivo natural, compreendido no luto, existe um risco de se desenvolver a forma patológica dessa experiência psicológica. Quando por alguma razão, não se pode dar o real valor para a experiência da perda, talvez isso se mantenha de forma inconsciente. Dessa forma, a experiência que foi então proibida de ser vivida conscientemente, passa a atuar na vida do sujeito definindo escolhas que na realidade são incongruentes com o bom funcionamento mental.

A depressão e a melancolia são perturbações que estão indubitavelmente associadas. Primeiro, porque as suas características clínicas são muito similares, ou seja, a sua fenomenologia assume contornos que são muitas vezes confundíveis para o clínico. Por outro lado, o fato do termo depressão ter emergido das concepções freudianas de melancolia, requer uma distinção clara das suas etiologias. Por último, o termo melancolia, que na teoria psicanalítica designa uma perturbação mental de natureza depressiva com características muito específicas, é comumente utilizado na linguagem corrente como um sinónimo de depressão. Por estas razões, entendemos ser pertinente centrarmo-nos nestas questões.

A Depressão Psicótica tem sido denominada por endógena, endogenomórfica, melancólica, biológica ou nuclear, e enfatiza os aspectos hereditários da depressão. Trata-se de um tipo de depressão mais severa e persistente, onde a preponderância dos sintomas biológicos é evidente. A Depressão Neurótica, por sua vez, tem sido mencionada como reativa, ansiosa ou como uma depressão decorrente das personalidades perturbadas; é mais moderada e desenvolve-se por uma reação aos fatores de stress ambientais e a partir das vulnerabilidades inerentes à personalidade (Bucher, 1979; Paykel, 1985; Amaral, 1997, Ballone, 2002).

A tristeza é um fenómeno de causas externas. A morte de uma pessoa querida, o fim de um namoro são exemplos de eventos que podem deixar alguém triste.

Ao contrário da tristeza, a depressão é um fenómeno interno e não precisa de um acontecimento para disparar este sintoma. A pessoa fica apática, não sente vontade de fazer nada e não entende o porquê. Dificuldade de concentração, cansaço sem explicação, alterações no sono e no apetite são alguns dos sintomas da depressão.

—————▶ Ao contrário do triste, o deprimido se distancia das pessoas queridas. Fica desanimado, aparentemente sem motivo.

A depressão é o mal da contemporaneidade. E os laboratórios de remédios viram na doença uma oportunidade. “Não foram eles os criadores da depressão. Eles apenas viram que se tratava de um amplo mercado a ser explorado”. Apesar de a palavra depressão ter se banalizado, é preciso ficar atento aos sintomas porque pode ser grave.

O ritmo de vida frenético dos dias de hoje, com a velocidade acelerada do fluxo da informação circulando também prejudica. “Os sintomas denunciam algo da cultura. Somos expostos a uma

série de estímulos e, psiquicamente, não temos como processar. É um volume tão alto de informação que o nível de ansiedade é muito grande e o tempo é pouco. Essa ansiedade não é capaz de produzir uma narrativa e a pessoa não processa tudo, o que pode gerar a depressão.

Para a psicanálise, a melancolia é, dos três, o estágio mais grave. Melancólicos têm uma sensação de vazio que é muito mais grave do que quando se está deprimido. “Na melancolia o pensamento é absoluto: ou é ótimo, ou não é nada. É maniqueísta. Não existe meio termo, não existe algo que tenha coisas boas e ruins ao mesmo tempo. Verdades são verdades, mentiras são mentiras e ponto. O melancólico tem uma estrutura psíquica diferente”.



O quadro melancólico não é despertado por um acontecimento, como a tristeza.

“São crianças tristes e, adultos que não acham graça em nada e perdem a vontade de viver”.

A depressão é uma doença psiquiátrica que afeta o emocional da pessoa, que passa a apresentar tristeza profunda, falta de apetite, de ânimo, pessimismo, baixa auto-estima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. É imprescindível o acompanhamento médico tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento adequado.

Considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o "Mal do Século". No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa auto-estima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si.

A depressão (CID 10 – F33) provoca ainda ausência de prazer em coisas que antes faziam bem e grande oscilação de humor e pensamentos, que podem culminar em comportamentos e atos suicidas. O tratamento é feito com auxílio médico profissional, por meio de medicamentos, e acompanhamento terapêutico conforme cada caso. O apoio da família é fundamental.

Há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. Outros processos que ocorrem dentro das células nervosas também estão envolvidos. Ao contrário do

que normalmente se pensa, os fatores psicológicos e sociais muitas vezes são consequência e não causa da depressão.

Diferença entre tristeza e depressão:

Tristeza tem motivo. A pessoa sabe que está triste.

A depressão é uma tristeza profunda e muitas vezes sem conteúdo, sem motivo aparente. Mesmo se algo maravilhoso acontecer ou estiver acontecendo, a pessoa continuará triste.

A pessoa triste pode ter sintomas no corpo, como sentir aperto no peito, taquicardia, chorar.

A pessoa deprimida tem pensamentos suicidas.

Quem está triste costuma ter pensamentos repetitivos sobre a razão da tristeza.

Quando deprimida, a pessoa sente, pelo menos, duas semanas de uma tristeza profunda e contínua.

Além das alterações de humor ou irritabilidade, ansiedade e angústia a depressão possui diversos sinais e sintomas, que podem ser isolados ou somatizados.

- ✓ humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia;
- ✓ desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas;
- ✓ diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis;
- ✓ desinteresse, falta de motivação e apatia;
- ✓ falta de vontade e indecisão;
- ✓ sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio;
- ✓ pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa auto-estima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte. A pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou até mesmo tentar suicídio;
- ✓ interpretação distorcida e negativa da realidade: tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom “cinzento” para si, os outros e seu mundo;
- ✓ dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento;
- ✓ diminuição do desempenho sexual (pode até manter atividade sexual, mas sem a conotação prazerosa habitual) e da libido;
- ✓ perda ou aumento do apetite e do peso;
- ✓ insônia (dificuldade de conciliar o sono, múltiplos despertares ou sensação de sono muito superficial), despertar matinal precoce (geralmente duas horas antes do horário habitual)

ou, menos freqüentemente, aumento do sono (dorme demais e mesmo assim fica com sono a maior parte do tempo);

- ✓ dores e outros sintomas físicos não justificados por problemas médicos, como dores de barriga, má digestão, azia, diarreia, constipação, flatulência, tensão na nuca e nos ombros, dor de cabeça ou no corpo, sensação de corpo pesado ou de pressão no peito, entre outros.

O tratamento da depressão é essencialmente medicamentoso. Existem mais de 30 antidepressivos disponíveis. Ao contrário do que alguns temem, essas medicações não são como drogas, que deixam a pessoa eufórica e provocam vício. A terapia é simples e, de modo geral, não incapacita ou entorpece o paciente. Alguns pacientes precisam de tratamento de manutenção ou preventivo, que pode levar anos ou a vida inteira, para evitar o aparecimento de novos episódios. A psicoterapia ajuda o paciente, mas não previne novos episódios, nem cura a depressão. A técnica auxilia na reestruturação psicológica do indivíduo, além de aumentar sua compreensão sobre o processo de depressão e na resolução de conflitos, o que diminui o impacto provocado pelo estresse.

A depressão não tem tempo para passar. Pode durar dias, semanas, meses ou anos. A pessoa em crise, após superar o transtorno mental, também pode, a qualquer momento, experimentar novos episódios da depressão. Na maioria das vezes, o tratamento para depressão é feito combinando psiquiatra e psicoterapia, por meio de psicólogos. Existem também medicamentos antidepressivos, que ajudam a regular a química cerebral e é aplicado conforme cada caso, de acordo com cada paciente.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel importante na atenção à saúde e tratamento de pessoas com depressão e outros problemas mentais. Os atendimentos e tratamentos para depressão são feitos, prioritariamente, na Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS, ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme o quadro de saúde. Nesses locais também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade, quando houver avaliação da equipe de referência para isto.

Ao contrário do que muita gente pensa, a depressão não é uma doença do mundo contemporâneo. Na verdade, ela acompanha a humanidade ao longo de toda a sua história e até fatores genéticos podem aumentar a predisposição à doença. Na verdade, para muitas pessoas é difícil até chamar de doença quando não temos nenhuma evidência física ou exames que ajudem a diagnosticar. Porém a depressão pode ter manifestações físicas, sim, como causar uma série de alterações químicas no cérebro. O fato de não enxergarmos isso cientificamente não significa que essas alterações não estejam aí. Outros gatilhos podem estar associados a circunstâncias externas. Estresse, por exemplo, pode iniciar sintomas depressivos em uma pessoa já predisposta.

A ansiedade pode virar uma doença quando ocorre com muita frequência ou vem muito forte, prejudicando tanto a saúde mental como o funcionamento do corpo. Nesses casos, os médicos classificam esse tipo de ansiedade turbinada como um transtorno de saúde mental. Geralmente, ele se manifesta pelos seguintes sintomas:

- ✓ Preocupações, tensões ou medos exagerados, sem a capacidade de relaxar;
- ✓ Sensação contínua de que algo ruim vai acontecer;
- ✓ Medo extremo de algum objeto ou situação;
- ✓ Medo exagerado de ser humilhado publicamente;
- ✓ Falta de controle sobre os pensamentos ou atitudes;
- ✓ Pavor depois de uma situação muito difícil.

Quem sofre com o transtorno de ansiedade tem muita dificuldade para realizar tarefas específicas, como falar em público. Diante da perspectiva de ter que fazer algo assim, o coração dispara, o corpo treme e a respiração fica irregular. A ansiedade pode ser tão forte que chega a incapacitar a pessoa de fazer suas tarefas cotidianas, o que prejudica sua vida em todos os sentidos.

Ansiedade e depressão são condições que exigem tratamento a longo prazo e merecem atenção adequada.

Os especialistas consideram que a melancolia, à semelhança da tristeza e de outras emoções, passa a ser patológica a partir do momento em que altera o pensamento normal do indivíduo e dificulta o seu desempenho social.

Por exemplo: é considerado normal uma pessoa sentir-se melancólica uma tarde qualquer e, assim, ficar em casa sem fazer nada. Em contrapartida, se esse comportamento se repetir durante vários dias e o sujeito abandonar a sua vida social ou as suas obrigações, a melancolia passa a ser um tipo de depressão que requer tratamento.

OS TIPOS DE ANSIEDADE PARA FREUD

Freud criou as estruturas para muitas das teorias que continuamos desenvolvendo até os dias de hoje. Para ele, a ansiedade era uma parte indiscutível de sua teoria da personalidade. Como tal, ele dedicou a ela um extenso trabalho e um amplo percurso que se refletiu em boa parte de suas publicações.

A ansiedade surge como resultado de todo esse choque de forças. Um conflito mental e de afetos que nos leva à situação que pode resultar no que Freud denominou como condutas neuróticas e condutas psicóticas.

Todos nós experimentamos a ansiedade realista quando vemos fogo. Quando alguém se aproxima de nós de forma violenta. Quando surge um furacão. Ou em qualquer outro evento no qual há um risco objetivo.

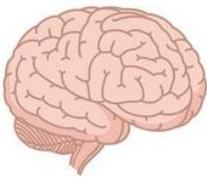


Imagem: Maxim Popov
(br.123rf.com)

“A mente é como um iceberg, flutua com 70% de seu volume na água”.
– Sigmund Freud –

No senso comum, as pessoas utilizam a palavra ansiedade como sinônimos para palavras que vão desde o medo, o temor até o nervosismo e a preocupação. Como facilmente encontramos na rua e no consultório este tipo de concepção, temos que deixar tudo mais claro e preciso.

Quando vamos estudar as obras de Freud, publicadas quase todas há mais de cem anos, encontramos o uso da palavra ansiedade. Entretanto, se formos ler em alemão, veremos que a palavra utilizada pelo pai da psicanálise é *Angst*, que, em minha opinião, seria melhor traduzida por angústia.

Segundo Beck, “O medo é um estado neurofisiológico automático primitivo de alarme envolvendo a avaliação cognitiva de ameaça ou perigo iminente à segurança e integridade de um indivíduo”, enquanto que a ansiedade “é um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo (isto é, modo de ameaça) que é ativado quando eventos ou circunstâncias são consideradas altamente aversivas porque são percebidas como eventos imprevisíveis, incontroláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo”.

Transtorno do pânico (com ou sem agorafobia)

Neste tipo de ansiedade, o indivíduo sente fortes sensações de que está para morrer, como se estivesse tendo um ataque do coração ou então, sente que está perdendo o controle, que está enlouquecendo ou perdendo a consciência.

Após ter uma crise de pânico, um ciclo pode ser criado, com o medo de ter um novo ataque de pânico, uma ansiedade de ter uma nova crise de ansiedade.

Transtorno de ansiedade generalizada

O Transtorno de ansiedade generalizada ou simplesmente TAG não está tão ligado a sensações corporais específicas como no tipo anterior.

No TAG, o estresse ou preocupações excessivas podem ser levantados como causas de pensamentos e sentimentos que eliciam a ansiedade. No fundo, o medo na ansiedade generalizada é de um final catastrófico para as preocupações ou situações que são sentidas como ameaças.

Fobia social

A fobia social (ou a ansiedade social) é um dos tipos de ansiedade mais comuns e a acontecem sempre em situações públicas, tendo por base a avaliação que os outros podem ter de um dado desempenho. Pode ser uma apresentação oral como em um reunião, palestra ou seminário ou pode ser em uma conversa informal.

A pessoa com fobia social sente uma grande ansiedade em situações sociais, como se estivesse para ser avaliada negativamente, humilhada ou constrangida.

Transtorno obsessivo-compulsivo

O Transtorno obsessivo-compulsivo ou TOC, por sua vez, é considerado um outro tipo de ansiedade por trazer para a pessoa que sofre deste mal o medo de perder o controle ou ser responsável por algo terrível para si ou para os outros (culpa).

O que elicia a ansiedade no TOC não é uma situação específica, mas pensamentos e sentimentos que são oriundos de “dentro”, ou seja, pensamentos e sentimentos que parecem vir de fora, são intrusivos, obsediantes – como se houvesse um obsessor externo – e, com isso, a pessoa sente que não aguentará e sente-se constantemente ansiosa.

Transtorno de estresse pós-traumático

O Transtorno de estresse pós-traumático ou TEPT é causado por um trauma, por um evento terrível que realmente aconteceu na história do indivíduo. A ansiedade, então, advém de medo de pensamentos, lembranças ou sintomas relacionadas com a experiência traumática.

Mecanismos de Defesa do Ego são meios que seu inconsciente usa para mascarar a realidade, ou seja, são mecanismos usados para abrandar alguma dor. Ele te protege da frustração e dos conflitos mentais.

São meios de você lidar com seus conflitos mentais inconscientes, que levam você a sentir angústia.

Sendo assim, agem protegendo a integridade do Ego. É uma proteção essencial à sua mente diante da angústia que alguns pensamentos ou sentimentos provocam. Eles são importantes porque protegem sua realidade.

Freud iniciou os estudos sobre os mecanismos de defesa mas quem se envolveu a fundo foi Anna Freud, que inclusive sistematizou em um livro: O Ego e os Mecanismos de Defesa.



Um exemplo explicativo:

Uma mulher frustrada em seus desejos sexuais, por não ter um casamento muito aberto a diálogos e não poder conversar sobre seus sentimentos e desejos com o marido. Ela vai fazer algo criativo, que substitua aquele desejo.

Ela canaliza aquela energia para outro fim: resolve virar musicista, tocar piano, flauta, bateria ou qualquer outro instrumento. Ou decide pintar quadros ou aprender hebraico, mandarim. Alguma coisa que tire o foco.

É uma forma de sublimar seu desejo. É um tipo de substituição onde o substituto é algo cultural ou intelectual.

Mecanismos de Defesa do Ego:

Na repressão, você manda um sentimento para o inconsciente;

Na negação, você nega uma realidade;

Na racionalização, você dá uma nova roupagem à uma ação;

A formação reativa inverte a realidade: diz uma coisa querendo dizer outra;

Na projeção, você projeta no outro algo que é seu;

O isolamento separa o fato do afeto;

Na regressão, você volta a um estágio anterior do crescimento.

Knowlton (1997) aponta que a decisão pelos psicofármacos deve ser feita levando em conta a fenomenologia da patologia – os sintomas e seus conteúdos e sua intensidade. Rocha (2004) complementa que, para se justificar o uso de medicação, os sintomas devem ser “graves o suficiente para interferir no funcionamento e no desenvolvimento do paciente”. Conforme apontado por Riba (2002), o tratamento combinado é melhor para alguns tipos de quadros que em outros.

Destaca-se que o método, o modus operandi e a ideia suicida não são exatamente os gatilhos do suicídio. Segundo Jamison (2010), além do conhecimento sobre os fatores de risco, salienta-se que todo manejo psicoterapêutico vai ao encontro da maneira como o profissional percebe o fenômeno do suicídio, ou seja, se o profissional acredita que o suicídio seja um fenômeno que deva ser explicado, provavelmente direcionará sua atenção para as causas. Em contrapartida, o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial, pelo qual devem ser acolhidos tanto os fatores de risco quanto suas causas. Sendo assim, o ato suicida abrange o viés individual, social e cultural.

Todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida. O comportamento suicida classifica-se em três categorias distintas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida fica em um dos extremos, o suicídio consumado no outro e a tentativa de suicídio entre eles (Werlang; Borges; Fensterseifer, 2005).

De acordo com Lovisi, Santos, Legay, Abelha e Valencia (2009), os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociais e demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional. Embora não exista uma definição única aceitável, o suicídio implica necessariamente um desejo consciente de morrer e a noção clara do que o ato executado pode resultar (Araújo; Vieira; Coutinho, 2010).

Ideação suicida se refere aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida (Borges; Werlang, 2006). Ter pensamentos suicidas uma vez ou outra não é anormal, vez que estes pensamentos fazem parte do processo de desenvolvimento normal da passagem da infância para a adolescência, à medida que se lida com problemas existenciais e se está tentando compreender a vida, a morte e o significado da existência. Os pensamentos suicidas tornam-se anormais quando a realização destes parece ser a única solução dos problemas, tornando-se, então, um sério risco de tentativa de suicídio ou suicídio (OMS, 2000).

A intensidade desses pensamentos, sua profundidade, bem como o contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem uma pessoa que se encontra à margem de uma crise suicida (Borges; Werlang; Copatti, 2008).

O desejo de morrer é considerado “o portal” do comportamento autodestrutivo, que representa a inconformidade e a insatisfação do indivíduo com seu modo de vida no momento atual, e se manifesta em frases como: a vida não vale a pena ser vivida; o que deveria fazer é morrer; entre outras (Correa; Barrero, 2006).

A ideação suicida pode ser considerada um fator de risco para o suicídio efetivo, junto com a depressão e a desesperança (Borges; Werlang, 2006) não podendo, portanto, ser menosprezada (Werlang; Borges; Fensterseifer, 2005). Atitudes de arrogância e enfrentamento, que procuram demonstrar muita força interior, na realidade, pode ser um pedido de ajuda, de limites, de carinho, de expressão de dúvidas e angústias (Borges; Werlang; Copatti, 2008).

“O suicídio é um ato muito complexo, portanto não pode ser considerado em todos os casos como psicose, ou como decorrente de desordem social. Também não pode ser ligado de forma simplista a um determinado acontecimento como rompimento amoroso, ou perda de emprego. Trata-se de um processo, que pode ter tido o seu início na infância, embora os motivos alegados sejam tão somente os fatores desencadeantes” (Kovács, 1992, p. 171-194).

Fukumitsu (2005) considera que, quando há potencial de suicídio, é importante não deixar o paciente sozinho, este precisa ser acompanhado no dia-a-dia. É importante ampliar o sistema de apoio, procurando ajudar a família na compreensão de que a pessoa que tenta ou comete suicídio pode não desejar a morte, e sim viver de outra maneira. É fundamental trabalhar em conjunto com psiquiatras, numa abordagem multidisciplinar.

Níveis de elaboração da ansiedade:

1. Livre. Não ligada a representações. Um significante relacionado ao soma, vindo da parte instintual.
2. Ligada a representações. Desde um medo genérico, comum a todos. Raios, bombas, tiros, agressões. Ponto de fixação. Dos mitos culturais aos individuais.
3. Grupos de representações. Associações de idéias, às vezes isoladas do resto do pensamento(histeria, fobias).

Idéia-mestra, em Freud, de uma angústia livremente flutuante, prestes a ligar-se a um objeto, idéia ou grupo de idéias.

Qualquer organismo necessita que seu equilíbrio oscile, entre a escassez e o excesso, para que possa transformar-se, evoluir. O Princípio de Nirvana e Princípio de Constância: tendência ao equilíbrio, mas também sinônimo de estase.

Cada estágio do desenvolvimento traz consigo uma bateria de significantes; uma nova leitura simbólica dos eventos. “Há na angústia algo que prepara para o susto” (Laplanche)

Fixação: O que na infância foi susto (schrek), a nova leitura da adolescência poderá transformar em temor (Furcht).

Regressão: A angústia infantil diante do desconhecido, do novo, parece preparar o terreno para a angústia neurótica do adulto.

Todo esforço da neurose é para encontrar uma racionalidade, uma limitação, para o processo da ansiedade(diminuição do sofrimento, da angústia).

PSICANÁLISE

Os primórdios da psicanálise datam de 1882 quando Freud, médico recém formado, trabalhou na clínica psiquiátrica de Theodor Meynert, e mais tarde, em 1885, com o médico francês Charcot, no Hospital Salpêtrière (Paris, França). Sigmund Freud, um médico interessado em achar um tratamento efetivo para pacientes com sintomas neuróticos ou histéricos. Ao escutar seus pacientes, Freud acreditava que seus problemas se originaram da não aceitação cultural; ou seja, seus desejos eram reprimidos, relegados ao inconsciente. Notou também que muitos desses desejos se tratavam de fantasias de natureza sexual. O método básico da psicanálise é o manejo da transferência e da resistência em análise. O analisado, numa postura relaxada, é solicitado a dizer tudo o que lhe vem à mente (método de associação livre). Suas aspirações, angústias, sonhos e fantasias são de especial interesse na escuta, como também todas as experiências vividas são trabalhadas em análise. Escutando o analisado, o analista tenta manter uma atitude empática de neutralidade. Uma postura de não-julgamento, visando a criar um ambiente seguro.

A originalidade do conceito de inconsciente introduzido por Freud deve-se à proposição de uma realidade psíquica, característica dos processos inconscientes. Por outro lado, analisando-se o contexto da época observa-se que sua proposição estabeleceu um diálogo crítico às proposições de Wilhelm Wundt (1832 — 1920) da psicologia com a ciência que tem como objeto a consciência entendida na perspectiva neurológica (da época) ou seja opondo-se aos estados de coma e alienação mental.

Muitos colocam a questão de como observar o inconsciente. Se a Freud se deve o mérito do termo "inconsciente", pode-se perguntar como foi possível a ele, Freud, ter tido acesso a seu inconsciente para poder ter tido a oportunidade de verificar seu mecanismo, já que não é justamente o inconsciente que dá as coordenadas da ação do homem na sua vida diária.

Não é possível abordar diretamente o inconsciente (Ics.), o conhecemos somente por suas formações: atos falhos, sonhos, chistes e sintomas diversos expressos no corpo. Nas suas conferências na Clark University (publicadas como Cinco lições de psicanálise) nos recomenda a interpretação como o meio mais simples e a base mais sólida de conhecer o inconsciente.

Outro ponto a ser levado em conta sobre o inconsciente é que ele introduz na dimensão da consciência uma opacidade. Isto indica um modelo no qual a consciência aparece, não como instituidora de significatividade, mas sim como receptora de toda significação desde o inconsciente. Pode-se prever que a mente inconsciente é um outro "eu", e essa é a grande ideia de que temos no inconsciente uma outra personalidade atuante, em conjuntura com a nossa consciência, mas com liberdade de associação e ação.

O modelo psicanalítico da mente considera que a atividade mental é baseada no papel central do inconsciente dinâmico. O contato com a realidade teórica da psicanálise põe em evidência uma multiplicidade de abordagens, com diferentes níveis de abstração, conceituações conflitantes e

linguagens distintas. Mas isso deve ser entendido em um contexto histórico cultural e em relação às próprias características do modelo psicanalítico da mente.

Diversas dissidências da matriz freudiana foram sendo verificadas ao longo do século XX, tendo a psicanálise encontrado seu apogeu nos anos 50 e 60.

As principais dissensões que passou o criador da psicanálise foram C. G. Jung e Alfred Adler, que participavam da expansão da psicanálise no começo do século XX. C. G. Jung, inclusive, foi o primeiro presidente da Associação Internacional de Psicanálise (IPA), antes de sua renúncia ao cargo e a seguidor das ideias de Freud. Outras dissidências importantes foram Otto Rank, Erich Fromm e Wilhelm Reich. No entanto, a partir da teoria psicanalítica de Freud, fundou-se uma tradição de pesquisas envolvendo a psicoterapia, o inconsciente e o desenvolvimento da práxis clínica, com uma abordagem puramente psicológica.

Desenvolvimentos como a psicoterapia humanista/existencial, psicoterapia reichiana, dentre diversas e tantas terapias existentes, foram, sem dúvida, influenciadas pela tradição psicanalítica, embora tenham conferido uma visão particular para os conteúdos da psicologia clínica.

O método de interpretar os pacientes e buscar a cura de enfermidades físicas e mentais através de um diálogo sistemático/metodológico com os pacientes foi uma inovação trazida por Freud desenvolvido a partir de suas observações e experiência de tratamento através da hipnose. Até então, os avanços na área da psicoterapia eram obsoletas e tinham um apelo pela sugestão ou pela terapia com banhos, sangria (medicina) e outros métodos antigos no combate às doenças mentais. O verdadeiro choque moral provocado pelas ideias de Freud serviu para que a humanidade rompesse, ou pelo menos repensasse muito de seus tabus e preconceitos na compreensão da sexualidade, tornando importantíssima sua contribuição ao conhecimento humano.

Na atualidade, a Psicanálise já não se limita à prática e tem uma amplitude maior de pesquisa, centrada em outros temas e cenários, desenvolvendo-se como uma ciência psicológica autônoma. Hoje fica muito difícil afirmar se a Psicanálise é uma disciplina da Psicologia ou uma Psicologia própria.

Após Freud, muitos outros psicanalistas contribuíram para o desenvolvimento e importância da psicanálise. Entre alguns, podemos citar Melanie Klein, Winnicott, Bion e André Green. No entanto, a principal virada no seio da psicanálise, que conciliou ao mesmo tempo a inovação e a proposta de um "retorno a Freud" veio com o psicanalista francês Jacques Lacan. A partir daí outros importantes autores surgiram e convivem em nosso tempo, como Françoise Dolto, Serge André, J-D Nasioe Jacques-Alain Miller.

Uma das recentes tendências é a criação da neuropsicanálise segundo Soussumi tendo como antecedentes a fundação do grupo de estudos de neurociência e psicanálise no Instituto de Psicanálise em 1994 com a participação de Arnold Pfefer, e o neurocientista da Universidade de Columbia como James Schwartz, que a partir de 1996, fica sobre a coordenação de Mark Solms, psicanalista inglês com formação em neurociência, que vinha trabalhando em Londres e

publicando trabalhos sobre o assunto desde a década de 1980 que juntamente com Pfeffer, em Londres, julho de 2000, organizam o I Congresso Internacional de Neuro-Psicanálise, onde é criada a Sociedade Internacional de Neuro-Psicanálise.

Destaca-se ainda nesse ínterim a publicação do artigo intitulado *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry* (em português, “A biologia e o futuro da psicanálise: uma nova estrutura intelectual para a psiquiatria”) do neurocientista Eric Kandel, em 1999. Segundo Kandel, a neurociência poderia fornecer fundamentos empíricos e conceituais mais sólidos à psicanálise. Um ano após a publicação do referido texto, em 2000, Kandel recebe o prêmio Nobel de medicina por suas contribuições à neurobiologia, introduzindo o conceito de plasticidade neural.

O conceito de neurose está assim intimamente ligado à teoria nosológica psicanalítica, ou seja, à maneira como a psicanálise explica a origem e o desenvolvimento dos transtornos mentais. Por isso psicólogos oriundos de outras escolas, sobretudo da terapia cognitivo-comportamental, foram levados a criticar o termo: como tais psicoterapeutas não trabalham com os conceitos psicanalíticos, um diagnóstico de neurose não tem para eles nenhum sentido prático. Essa crítica levou a uma modificação dos sistemas de classificação de doenças: os atuais sistemas de classificação dos transtornos mentais abandonaram uma abordagem nosológica e adotaram uma descritiva. Isso significa que os transtornos não são mais classificados pela suposta origem do transtorno (por esta ser controversa), mas por seus sintomas observáveis (por estes serem unânimes). Assim, na nona edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) havia uma categoria "Neuroses" de transtornos mentais própria, já com a publicação da décima edição (CID-10) em 1994 o termo passou a ser usado apenas descritivamente (e não mais "neuroses", mas "transtornos neuróticos") e não para todas as categorias que ele tradicionalmente designava.

Segundo a CID-9, sob neurose entendem-se os seguintes grupos de transtornos mentais:

Transtornos fóbicos-ansiosos e outros transtornos de ansiedade;

Transtorno obsessivo-compulsivo

Transtorno dissociativo (de conversão)

Transtornos somatoformes

Distímia e determinados tipos de depressão

Neurastenia

S. O. Hoffmann e G. Hochapfel fazem notar que a atual classificação dos transtornos mentais, por ser meramente descritiva, não faz jus à complexidade dos transtornos mentais, reduzindo-os a seus sintomas observáveis. M. Perrez e U. Baumann observam, por outro lado, que, apesar de não corresponderem a essa complexidade, os atuais sistemas representam uma base comum ao diálogo entre as diferentes escolas de psicoterapia.

A ansiedade é uma emoção caracterizada por um estado desagradável de agitação interior, muitas vezes acompanhada de comportamento nervoso, como o de se embalar de trás para a frente. É o sentimento desagradável de terror por eventos antecipados, tal como a sensação de morte iminente. Ansiedade não é o mesmo que medo.

O medo é uma resposta a uma ameaça real ou percebida, enquanto a ansiedade é a expectativa de uma futura ameaça. A ansiedade é um sentimento de inquietação e preocupação, geralmente generalizado e sem foco, como uma reação exagerada a uma situação que é apenas subjetivamente vista como ameaçadora. É muitas vezes acompanhada por tensão muscular, inquietação, fadiga e problemas de concentração. A ansiedade pode ser apropriada, mas quando experimentada regularmente, o indivíduo pode sofrer de transtorno de ansiedade.

A Ansiedade pode ser dividida em diversos tipos de transtornos, cada um com uma causa e um sintoma diferente, não impedindo que ambos aconteçam simultaneamente:

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

É o mais comum. A pessoa passa praticamente o dia todo ansiosa e em alguns momentos tem uns picos de ansiedade. Geralmente acontecem com um nervosismo por uma situação que não aconteceu ainda, ou simplesmente por receios.

Estresse Pós Traumático

Acontece quando os sintomas de ansiedade começam a surgir após algum ocorrido na vida da pessoa que a deixou traumatizada ou marcada. Pode ser por uma perda muito grande, algum tipo de violência sofrida, por exemplo. Esses pensamentos dos momentos ruins retornam a qualquer instante, até mesmo em sonhos.

Síndrome do Pânico

São períodos de crises intensas de ansiedade, que se desencadeiam por algum tipo de trauma e medo agudo. É muito comum se evitar de ficar em locais com pouco fluxo de pessoas, com medo de não conseguir ajuda durante os ataques.

Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC)

São pensamentos, ideias que estão constantes na cabeça da pessoa e ela não consegue viver se não realizar a tarefa, como um ritual.

Fobias

São apresentações de ansiedades de maneira intensa, podendo ser elas relacionadas a um objeto ou situação, por exemplo medo de baratas (tão intenso de forma que a pessoa não pode nem sequer ver a imagem de uma barata), ou também a fobias sociais, como medo descontrolado de falar em público ou de estar no meio dele.

O ser humano sempre pode apresentar algum comportamento diferenciado em alguma parte de sua vida, é totalmente normal. Os sintomas da ansiedade excessiva se apresentam quando você deixa de viver por causa de preocupações ou por medos sem fundamento.

Esse tipo de problema psicológico não é algo que passa sozinho com o tempo, ele deve ser tratado. Normalmente é necessário ajuda psicológica e terapêutica para aprender a superar suas limitações e entender os seus traumas.

A ansiedade em níveis muito altos, ou quando apresentada com a timidez ou depressão, impede que a pessoa desenvolva seu potencial intelectual. O aprendizado é bloqueado e isso interfere não só no aprendizado da educação tradicional, mas na inteligência social. O indivíduo fica sem saber como se portar em ocasiões sociais ou no trabalho, o que pode levar a estagnação na carreira.

O tratamento é feito com psicoterapia e medicamentos, dentre os quais ansiolíticos e antidepressivos. O tratamento é iniciado com ansiolíticos como, por exemplo, os benzodiazepínicos. Logo após a estabilização do paciente, o médico pode prescrever um antidepressivo para o controle da ansiedade. Outra classe de medicamentos também utilizada são a dos betabloqueadores. É sempre importante que o paciente consulte um médico, pois esses medicamentos são normalmente controlados.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC, REBT), mindfulness, meditação e hipnose são formas de psicoterapia que trazem resultados através de mudanças endógenas, transformando o indivíduo, sua personalidade e quadro psicológico.

Uma revisão de estudos sugere que pessoas que experimentam sintomas de ansiedade podem ser ajudadas tomando medidas para regular os microrganismos em seu intestino usando alimentos e suplementos probióticos e não-probióticos.

Há evidências crescentes de pesquisa de que, em algumas pessoas, o envolvimento em qualquer religião está associado de forma transversal a uma melhor saúde mental. Segundo

o The Journal of Alternative and Complementary Medicine, a eficácia da recitação do rosário para ansiedade resulta de um estudo médico específico.

A ansiedade corresponde à preocupação com acontecimentos futuros, enquanto o medo é uma reação aos acontecimentos do presente. Estes sentimentos podem causar sintomas físicos, como ritmo cardíaco acelerado ou tremores. Existem várias perturbações de ansiedade conforme as causas dos sintomas, incluindo perturbação de ansiedade generalizada, fobias específicas, agorafobia, perturbação de ansiedade social, perturbação de ansiedade de separação e perturbação de pânico. É frequente as pessoas apresentarem mais de uma perturbação de ansiedade.

As perturbações de ansiedade são causadas por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores de risco estão um historial de abuso infantil, antecedentes familiares de perturbações mentais e pobreza.

As perturbações de ansiedade ocorrem muitas vezes a par de outras perturbações, sobretudo perturbação depressiva major, perturbações de personalidade e perturbações induzidas pelo consumo de drogas. Para o diagnóstico ser confirmado, é necessário que os sintomas estejam presentes durante pelo menos seis meses, que sejam mais intensos do que aquilo que seria expectável para a situação e que diminuam a função.

—————> Entre outras condições médicas e psiquiátricas que podem causar sintomas semelhantes estão o hipertireoidismo, doenças cardiovasculares, consumo de cafeína, tabaco ou canábis e a abstinência de determinadas drogas.

Sem tratamento, as perturbações de ansiedade tendem a permanecer. O tratamento pode consistir em alterações do estilo de vida, psicoterapia e medicamentos. A psicoterapia consiste geralmente em terapia cognitivo-comportamental. Os medicamentos, como os antidepressivos ou os betabloqueadores, podem melhorar os sintomas. As perturbações de ansiedade ocorrem com o dobro da frequência em mulheres do que em homens e têm geralmente início antes dos 25 anos de idade.

Ataques de pânico são períodos súbitos de medo intenso associados a sintomas como palpitações, suores, tremores, falta de ar, dormência ou sensação de que está prestes a acontecer qualquer coisa má. O pico de sintomas ocorre em poucos minutos. A maioria dos ataques de pânico dura cerca de 30 minutos, embora possa durar de alguns segundos a algumas horas. Em alguns casos a pessoa pode sentir medo de perder o controlo sobre si ou sentir dor no peito. No entanto, os ataques de pânico não são perigosos em termos físicos.

Os ataques de pânico podem ter origem numa série de perturbações, entre as quais perturbação de pânico, perturbação de ansiedade social, perturbação de stresse pós-traumático, consumo de drogas, depressão ou outros problemas de saúde. Os ataques podem ser desencadeados por um

acontecimento ou ocorrer de forma espontânea. Entre os fatores de risco estão fumar e stresse psicológico. O diagnóstico deve descartar outras condições que produzem sintomas semelhantes, como hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e consumo de drogas.

O tratamento consiste em tratar a causa subjacente. Em pessoas com ataques frequentes, pode ser recomendada psicoterapia ou medicação. Pode também ser útil o treino respiratório e a aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular. As pessoas afetadas apresentam um risco acrescido de suicídio.

O ataque de pânico é distinguível de outras formas de ansiedade por sua natureza repentina. Ataques de pânico geralmente são sofridos por pessoas que sofrem de outras desordens relacionadas à ansiedade (são secundários a outras doenças e não uma doença à parte) e nem sempre são indicativos de uma desordem mental. Cerca de dez por cento das pessoas saudáveis sofrem um ataque de pânico isolado por ano.

Psicose é uma perturbação da mente que causa dificuldades em determinar o que é ou não real. Os sintomas mais comuns são delírios (convicção em falsas crenças) e alucinações (ver ou ouvir coisas que outras pessoas não vêem ou ouvem). Entre outros possíveis sintomas estão discurso incoerente e comportamento inapropriado para a situação. Podem também ocorrer perturbações do sono, reclusão social, falta de motivação e dificuldades em desempenhar tarefas do quotidiano.

As psicoses têm várias causas diferentes. Entre as causas mais comuns estão perturbações mentais como a esquizofrenia ou perturbação bipolar, privação do sono, algumas condições médicas, alguns medicamentos e drogas como o álcool ou a cannabis. Um dos tipos, denominado psicose pós-parto, pode ocorrer após o parto. Acredita-se que na causa esteja implicado o neurotransmissor dopamina. A psicose aguda é considerada primária quando resulta de uma condição psiquiátrica e secundária quando é causada por uma condição médica. O diagnóstico de uma perturbação mental requer que sejam excluídas outras potenciais causas. Podem ser realizados exames ao sistema nervoso central para avaliar como potenciais causas doenças, toxinas ou outros problemas de saúde.

O tratamento pode consistir em antipsicóticos, psicoterapia e apoio social.

Sobre as principais características clínicas das psicoses, pode-se afirmar:

- ✓ são psicologicamente incompreensíveis (segundo Jaspers);
- ✓ apresentam vivências bizarras, como delírios, alucinações, alterações da consciência do eu;
- ✓ não existem alterações primárias na esfera cognitiva. Memória e nível de consciência não estão prejudicados, se isto acontece é devido a outras alterações clínicas (delirium), bem como devido a substâncias psicoativas.

Na psicanálise, a psicose corresponde a um funcionamento psíquico que obedece a um princípio de rejeição primordial, que corresponde ao termo alemão *Verwerfung*. A rejeição primordial consiste na expulsão de idéias ou pensamentos próprios, os quais passam a ser tratados como estranhos ou não acontecidos. Como um efeito dessa rejeição, pode ocorrer a cisão do eu em duas partes, uma que é reconhecida e outra que não é reconhecida como própria. Essa cisão caracteriza a Esquizofrenia. Quando ocorre que os pensamentos não reconhecidos como próprios são localizados em outras pessoas, através da projeção, caracteriza-se a psicose como paranoia.

Apesar de Freud ter introduzido essas noções de cisão e projeção, considera-se que a psicose gerou dificuldades teóricas para Freud, mas não para Lacan. Se o primeiro demonstrou-se hesitante em enquadrá-la teoricamente, concentrando-se na neurose, Lacan, tomando-a constantemente em suas conferências, associou a *Verwerfung* à forclusão (ou forclusão) do nome-do-pai.

Michel Foucault, em seu texto *A história da Loucura*, aponta que a loucura (posteriormente chamada de psicose) poderia ser entendida como uma aberração da conduta em relação aos padrões em uma certa sociedade. Segundo Foucault, duas dimensões dessa loucura existiriam: a trágica e a crítica. Na trágica, o louco tem uma genialidade. Na crítica, o louco não tem a razão, e deve passar por tratamento médico. Foucault faz uma investigação sobre como a loucura foi tratada pela humanidade baseando-se na antiguidade. Ele acaba concluindo que o homem é uma invenção recente junto com a razão, neste sentido, entender a psicose é também buscar entender quais os padrões dominantes e quais as reações do grupo social à tais condutas estranhas e aos seus agentes.

—————→ Alucinação é a percepção real de um objeto que não existe, ou seja, são percepções sem um estímulo externo.

A classificação mais usual, se baseia nos cinco órgãos de sentido, qualquer um deles pode ser afetado e a vivência alucinatória possui as características do que naturalmente pode ser percebido ou seja, com exceção da sinestesia, as referidas sensações obedecem as leis da

organização perceptiva de cada receptor ou órgãos sensoriais. Contudo o conteúdo percebido não necessariamente corresponde à realidade e sim à imaginação e vivências já registradas na memória.

Alucinações auditivas. Geralmente são referidas vozes, dirigidas ou não ao sujeito que vivência a experiência, com maior ou menor hostilidade – audição dos próprios pensamentos ou sons do mundo cotidiano. As referências mais conhecidas nas mitologias são o canto das sereias das lendas gregas e o chamado do próprio nome pelo Mapinguari da floresta amazônica. As alucinações auditivas devem ser distinguidas do resultante das afecções dos processos auditivos ocasionadas, segundo Luria, por lesão nos diferentes elos da cadeia auditiva, a exemplo das alterações do limiar de percepção, surdez (perda auditiva em diferentes graus), dor associada à intensidades sonoras (recruitment), zumbidos, chiados e ruídos (acúfenos) resultantes de processos patológicos distintos. Ainda segundo esse autor, as alucinações auditivas (músicas, falas, etc.) podem ser provocadas por irritação das áreas primárias do córtex auditivo, como demonstraram as experiências de Forfoerster e Penfield.

Alucinações visuais – percepções visuais de objetos que não existem, tão reais que dificilmente são removíveis pela argumentação lógica – alguns autores propõem o termo “alucinose” para designar as falsas percepções onde o sujeito tem consciência da natureza imaginária (um mundo não real) de sua vivência. Quanto ao conteúdo podem não ter uma forma específica: clarões, chamas, raios, vultos, sombras, experiência caleidoscópicas semelhantes à mandalas etc, ou têm formas definidas, tais como pessoas, monstros, ETs, demônios, animais, santos, anjos, bruxas, essas últimas geralmente são integradas a um processo interpretativo delirante nas psicoses. As visões místico-religiosas se diferenciam dos processos patológicos, não pela forma e conteúdo do fenômeno vivenciado e sim pelo poder pessoal e inserção social do sujeito que as experimenta. São especialmente relevantes no estudo do fenômeno alucinatorio dado a sua proximidade dos processos oníricos as alucinações oniróides, (sonho acordado) Freud refere-se a estas como “alucinações hipnagógicas”, utilizando a expressão de Johannes Müller (1826), “fenômenos visuais imaginativos”. Estes consistem em imagens, com frequência muito nítidas e rapidamente mutáveis, que tendem a surgir — de forma bastante habitual em algumas pessoas — durante o período do adormecimento; e também podem persistir por algum tempo depois de os olhos se abrirem. Algumas culturas ditas primitivas como os índios Paiaás (Nordeste), Tapirapés (Brasil central) e descendentes dos Toltecas (México) referem-se a técnicas de sonhar e vivências do espírito fora do corpo. Na visão relativamente limitada (ao processo patológico) da psiquiatria denomina essas e outras experiências de alteração da imagem corporal como alucinações autoscópicas. Dividem-se em:

Hipnagógicas: que ocorrem antes de dormir. Podem ser consideradas normais, entretanto, quando em casos repetidos indicam entrada do sono REM na consciência.

Hipnopômicas: precedem o despertar. Comuns em estados comatosos.

Alucinações táteis— estas podem ocorrer e qualquer um dos receptores (frio, calor, dor, pressão) que compõem esse complexo sentido, que na concepção do neurocientista Luria é o oposto ao

sentido da visão, pois parte de elementos isolados para compor uma imagem global. Especialmente complexo na sua distinção dos sintomas orgânicos e interpretação da dor. A hipocondria e a histeria de conversão utilizam-se de mecanismos alucinatórios na produção de seus sintomas. Alterações da imagem corporal denominada dor em membro fantasma referem-se a sensações provenientes de membros amputados como se esses ainda fossem reais. Nem a percepção visual do coto da amputação, pelo menos nas fases iniciais, anula a sensação tátil, e apenas com o passar do tempo forma-se a nova imagem corporal.

Alucinações olfativas – suas sensações confundem-se com o sentido do gosto, tanto podem ser agradáveis como desagradáveis, a depender da patologia e personalidade dos doentes, são comuns (como auras) em associações às enxaquecas e epilepsias. Devem ser distinguidas de sintomas orgânicos – o gosto amargo ou ácido dos transtornos digestivos e especialmente as impressões olfativas, das interpretações místico-religiosas que identificam na percepção alucinatória de perfumes os processos intermediários das materializações e aparições de espíritos.

Alucinações sinestésicas— relação subjetiva que se estabelece espontaneamente entre uma percepção e outra que pertença ao domínio de um sentido diferente. Entre os processos de trabalho conjunto podemos citar a formação da Imagem corporal – segundo Paul Schilder uma coordenação entre sensações espaciais (posturais), visuais e proprioceptoras e as denominadas alucinações sinestésicas ou sinestesia. Entre essas últimas destacam-se as provocadas por uma classe de substâncias psicodislépticas denominadas Alucinógeno e Enteógenos explicadas talvez pela concentração de aferências sensoriais serotoninérgicas na região do Mesencéfalo onde atuam, e as sensações sinestésicas ou cenestésicas que segundo alguns psiquiatras (Paim) se constituem como desordens da sensibilidade interna sendo interpretadas como deformações corporais, presença de animais no interior do corpo, contato (cópula) com outras criaturas etc. variando conforme simbologia condicionada às vivências passadas e contexto sócio –cultural do sujeito.

Alucinações cinestésicas — é a sensação de que um órgão imobilizado ou parado esteja se movendo.

Estudos têm procurado reconhecer padrões recorrentes nas alucinações e alterações em cada um desses sentidos, associando tais regularidades a características neurofisiológicas e psicopatológicas.

A psicanálise é um método criado pelo médico e neurólogo austríaco Sigmund Freud (1856-1939) que tem como objetivo a investigação e o tratamento das doenças mentais. Tem por base a análise dos conflitos sexuais inconscientes que originados durante a infância.

A doutrina psicanalítica defende que os impulsos instintivos que são reprimidos pela consciência permanecem no subconsciente e afetam o sujeito. É importante ter em conta que o inconsciente não é observável pelo paciente: compete ao psicanalista tornar acessíveis esses conflitos inconscientes através da interpretação dos sonhos, dos atos falhados e da associação livre.

Referências Bibliográficas

revistagalileu.globo.com/Ciencia/noticia/2017/11/freud-explica-entenda-sete-conceitos-basicos-da-psicanalise.html > Acesso em: 31/07/2019.

pensamentoliquido.com.br/teoria-psicanalitica-alguns-conceitos-basicos/ > Acesso em: 31/07/2019.

Leandro Zanon. Teoria Psicanalítica: alguns conceitos básicos. Disponível em: pensamentoliquido.com.br/teoria-psicanalitica-alguns-conceitos-basicos/ > Acesso em: 31/07/2019.

significados.com.br/psicanalise/ > Acesso em: 31/07/2019.

Professor Felipe de Souza | Freud, Psicanálise. Os 8 principais conceitos da psicanálise. Disponível em: psicologiamsn.com/2015/04/os-8-principais-conceitos-da-psicanalise.html > Acesso em: 31/07/2019.

Zenklub. PSQUIATRA, PSICÓLOGO E PSICANALISTA? DESCUBRA AS DIFERENÇAS! Disponível em: zenklub.com.br/diferenca-psiquiatra-psicologo-psicanalista/ > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Psicanálise > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud > Acesso em: 31/07/2019.

lucsnapoli.com/tag/tecnica-psicanalitica/ > Acesso em: 31/07/2019.

http://elivros.love/book/baixar-livro-fundamentos-da-psicanalise-de-freud-a-lacan-marco-antonio-coutinho-jorge-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/ > Acesso em: 31/07/2019.

Tradução Paulo César de Souza. Observações Psicanalíticas sobre um caso de Paranoia Relatado em Autobiografia (“O Caso Schreber”), Artigos sobre Técnica e Outros Textos (1911-1913). Sigmund Freud Obras Completas volume 10. Ed. Companhia das Letras. Disponível em: psiligapsicanalise.files.wordpress.com > Consulta livro digital em: 31/07/2019.

Título Original: “Psychoanalytische bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen fall von paranoia (Dementia Paranoides)”. Publicado Primeiramente em Jahrbuch Für Psychoanalytische Und Psychopathologische Forschungen [Anuário de Pesquisas Psicanalíticas e Psicopatológicas], V. 3, N. 1, PP. 9-68. Traduzido de Gesammelte

Werke VIII, PP. 239-316; Também se Acha em Studienausgabe VII, PP. 133-200. Disponível em: psiligapsicanalise.files.wordpress.com > Consulta livro digital em: 31/07/2019.

SBPI. Conheça as 3 principais técnicas psicanalíticas. Disponível em: <http://blog.sbpi.org.br/conheca-as-3-principais-tecnicas-psicanaliticas/> > Acesso em: 31/07/2019.

segredosdapsicologia.webnode.com.pt/metodos-e-tecnicas-em-psicologia/metodo-psicanalitico/ > Acesso em: 31/07/2019.

[pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_psicanalítica](http://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_psicanal%C3%ADtica) > Acesso em: 31/07/2019.

abc.med.br/p/psicologia-e-psiquiatria/1320478/a+estrutura+da+personalidade+segundo+a+psicanalise.htm > Acesso em: 31/07/2019.

[pt.wikipedia.org/wiki/Psicanálise](http://pt.wikipedia.org/wiki/Psican%C3%A1lise) > Acesso em: 31/07/2019.

[pt.wikipedia.org/wiki/Pesquisa_psicanalítica](http://pt.wikipedia.org/wiki/Pesquisa_psicanal%C3%ADtica) > Acesso em: 31/07/2019.

[pt.wikipedia.org/wiki/Psicologia_de_Grupo_e_a_Análise_do_Ego](http://pt.wikipedia.org/wiki/Psicologia_de_Grupo_e_a_An%C3%A1lise_do_Ego) > Acesso em: 31/07/2019.

Psicóloga Taiz Vesco. Disponível em: psicologoeterapia.com.br/psicanalise-psicanalista/ > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Personalidade > Acesso em: 31/07/2019.

Cláudio Laks Eizirik, Ana Margareth Siqueira Bassols, Marina Bento Gastaud, Julia Goi. Noções básicas sobre o

funcionamento psíquico. Disponível em: larpsi.com.br > Consulta livro digital em: 31/07/2019.

Carolina Stopinski Padoana; Marina Bento Gastaudb; Cláudio Laks Eizirikc. Objetivos terapêuticos para psicanálise e psicoterapia psicanalítica: Freud, Klein, Bion, Winnicott, Kohut. Revista Brasileira de Psicoterapia. Disponível em:

<http://rbp.celg.org.br> > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Donald_Woods_Winnicott > Acesso em: 31/07/2019.

Fãs da Psicanálise. Os Efeitos De Um Trauma. Disponível em: fasdapsicanalise.com.br/os-efeitos-de-um-trauma/ > Acesso em: 31/07/2019.

[pt.wikipedia.org/wiki/Sándor_Ferenczi](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A1ndor_Ferenczi) > Acesso em: 31/07/2019.

Fernanda Fazzio. Artigos, Psicanálise. A neurose traumática e o surgimento da psicanálise. Disponível em:

<http://fernandafazzio.com.br/2016/04/05/a-neurose-traumatica-e-o-surgimento-da-psicanalise/> > Acesso em: 31/07/2019.

Ruan de Sousa Gabriel. É Fraude ou Freud? Disponível em: epoca.globo.com/e-fraude-ou-freud-23149023 > Acesso em: 31/07/2019.

Renato Dias Martino. Reflexões da psicanálise sobre depressão, melancolia e luto. Disponível em:

pensamentoliquido.com.br/reflexoes-da-psicanalise-sobre-depressao-melancolia-e-luto/ > Acesso em: 31/07/2019.

Pedro Armelim Almiro. Considerações Diferenciais em torno da Etiopatogenia da Depressão e da Melancolia. Disponível em:

polbr.med.br/ano07/art0607.php > Acesso em: 31/07/2019.

<http://redeglobo.globo.com/globouniversidade/noticia/2013/06/entenda-quais-sao-diferencas-entre-tristeza-depressao-e-melancolia.html> > Acesso em: 31/07/2019.

saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao > Acesso em: 31/07/2019.

medley.com.br/campanhas/podecontar/preciso-ajuda/artigos/ansiedade-e-depressao > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Melancolia > Acesso em: 31/07/2019.

amenteemaravilhosa.com.br/tres-tipos-de-ansiedade-freud/ > Acesso em: 31/07/2019.

Fãs da Psicanálise. 5 Tipos de Ansiedade. Disponível em: fasdapsicanalise.com.br/5-tipos-de-ansiedade/ > Acesso em:

31/07/2019.

Giorgia Matos. Psicanalista, escritora e palestrante. Mecanismos de Defesa do Ego (Freud). Disponível em:

giorgiamatos.com/blog/mecanismos-de-defesa-do-ego/ > Acesso em: 31/07/2019.

Temas gerais em psicologia 2 / Organizadora Janaina Maria Fernandes Merhy Picciani. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. Formato: PDF. > Consulta livro digital em: 31/07/2019.

Sergio Cyrino da Costa. Associação Brasileira de Psicanálise. Disponível em:

www.abpbrasil.org.br/.../enfoco_psicanalitico_da_ansiedade.ppt > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Psicanálise > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Neurose > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Ansiedade > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_de_ansiedade > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Ataque_de_pânico > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/ Psicose > Acesso em: 31/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Alucinação > Acesso em: 31/07/2019.

conceito.de/psicanalise > Acesso em: 31/07/2019.