



Teorias e técnicas psicoterápicas gerais

Teorias e técnicas psicoterápicas gerais

Anna Silvia Rosal de Rosal

© 2017 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Alberto S. Santana

Ana Lucia Jankovic Barduchi

Camila Cardoso Rotella

Cristiane Lisandra Danna

Danielly Nunes Andrade Noé

Emanuel Santana

Grasiele Aparecida Lourenço

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Paulo Heraldo Costa do Valle

Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Raquel de Oliveira Henrique

Sabrina Vicentin Plathow

Editorial

Adilson Braga Fontes

André Augusto de Andrade Ramos

Cristiane Lisandra Danna

Diogo Ribeiro Garcia

Emanuel Santana

Erick Silva Griep

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Rosal, Anna Sílvia Rosal de
R788t Teorias e técnicas psicoterápicas gerais / Anna Sílvia Rosal
de Rosal. – Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A.
2017.
192 p.

ISBN 978-85-522-0285-1

1. Psicoterapia. I. Título.

CDD 616

Sumário

Unidade 1 Psicoterapia	7
Seção 1.1 - Conceito de psicoterapia	8
Seção 1.2 - Psicoterapeuta	21
Seção 1.3 - Constituição da psicoterapia	32
Unidade 2 Modalidades em psicoterapia	49
Seção 2.1 - Modalidades em psicoterapia I	51
Seção 2.2 - Modalidades em psicoterapia II	67
Seção 2.3 - Modalidades em psicoterapia III	81
Unidade 3 Outras modalidades	99
Seção 3.1 - Modalidades em Psicoterapia IV	101
Seção 3.2 - Teorias e técnicas psicoterápicas gerais	117
Seção 3.3 - Modalidades em Psicoterapia VI	132
Unidade 4 Macrocompreensão sobre as psicoterapias	147
Seção 4.1 - Psicoterapia e ciência	149
Seção 4.2 - Psicoterapias no mundo	160
Seção 4.3 - Pesquisa em psicoterapia	174

Palavras do autor

Prezado aluno, bem-vindo!

Esta unidade apresentará diversos conceitos e técnicas de psicoterapia, além de outros aspectos importantes para o exercício da psicologia clínica. A área clínica exerce forte atração em significativo número de psicólogos, desde a época em que cursavam a faculdade.

Além disso, psicólogos que trabalham nas demais áreas da psicologia (hospitalar, intercultural, escolar, entre outras), em algum momento lançarão mão da teoria e de técnicas próprias da área clínica para diagnosticar ou orientar pessoas. Por tudo isso, os assuntos que serão explorados nesta disciplina são de grande valia para obter-se êxito no mercado de trabalho.

A competência geral da disciplina é conhecer os diferentes modelos de psicoterapia, etapas do processo psicoterápico, assim como as modalidades existentes. Para tanto, as seções de estudo estão organizadas em uma sequência que favorecerá a construção do conhecimento dessa temática, a saber:

(a) Unidade 1 - apresentará o conceito de psicoterapia; (b) Unidade 2 - discutirá aspectos relativos à figura do psicoterapeuta, e; faltou citar a Unidade 4.

Desta forma, ao final da unidade, você terá adquirido o conhecimento necessário para compreender a psicoterapia de modo amplo, considerando sua aplicação e limitações, o que o tornará preparado para atuar na área clínica.

Aproveite!

Psicoterapia

Convite ao estudo

Antes de iniciar sua trajetória de estudos e conhecer temas de extrema relevância para sua formação profissional, vale ressaltar que para obter sucesso no exercício da psicologia faz-se necessário sua participação ativa. Sua dedicação será fundamental, portanto, empenhe-se no autoestudo da disciplina, o que será facilitado pela orientação que nosso método pedagógico lhe proporciona ao indicar um roteiro de estudo que deve ser seguido antes, durante e após a aula presencial.

Para que compreenda a aplicação do conteúdo desta unidade em sua prática profissional, será apresentada uma situação hipotética que o ajudará a entender como os assuntos tratados neste livro se materializam no fazer psicológico. Imagina que a Universidade Sigmund Freud está localizada em uma importante metrópole brasileira e destaca-se no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos e tem um excelente corpo docente. Seus professores são bastante exigentes, em especial em relação às disciplinas de Estágio Clínico. A média exigida dos alunos é oito, fazendo com que eles se dediquem fortemente à formação acadêmica e observem princípios, teoria e aspectos técnicos da psicoterapia.

Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e, como se destacou desde o início do curso, tornou-se assistente da disciplina estágio clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Seção 1.1

Conceito de psicoterapia

Diálogo aberto

Esta seção irá explorar o conceito de psicoterapia. Para isso, apresentará o conceito de psicoterapia enquanto atividade profissional e também enquanto um processo clínico; mostrará a evolução do conceito de psicoterapia ao longo do tempo; discutirá sobre os aspectos históricos e epistemológicos, tanto da psicoterapia quanto da psicologia clínica; por fim, introduzirá os aspectos éticos da psicologia clínica e da psicoterapia.

Vamos relembrar a situação hipotética apresentada anteriormente. A Universidade Sigmund Freud se destaca no país enquanto centro de excelência em psicologia Clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos, e seus professores são muito exigentes, em especial em relação às disciplinas de Estágio Clínico. Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina estágio clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Agora, considere que os alunos do curso de Psicologia da Universidade Sigmund Freud iniciarão o estágio na clínica-escola. Para prepará-los, o supervisor de estágio pediu que apresentassem um seminário ressaltando os principais aspectos éticos da prática clínica.

Ajude Matheus na tarefa de orientar esses alunos, elaborando a apresentação solicitada. Lembre-se de que para obter sucesso na realização de um seminário é fundamental fazer uma leitura focada do texto e assim identificar os aspectos centrais da ética em psicoterapia e psicologia clínica. Desse modo, retomar o conceito de psicoterapia terá fundamental importância.

Não pode faltar

Em sua origem, a psicoterapia estava relacionada à “cura da alma”, o que ocorria por meio do uso da palavra e de rituais. De acordo com Cordioli (2008, p. 19), a psicoterapia “tem suas origens na medicina

antiga, na religião, na cura pela fé, no hipnotismo”. Era uma atividade cercada por crenças e misticismo.

A psicologia clínica baseou-se, portanto, no modelo da clínica médica e, desta forma, é herdeira desse modelo. De acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007), entre as práticas médicas adotadas pela psicologia clínica encontram-se a observação clínica e a anamnese, criadas por Hipócrates, o pai da Medicina.

No século XIX a psicoterapia passou a ser utilizada para tratar os transtornos mentais e as chamadas doenças nervosas. Com isso, tornou-se uma atividade restrita aos médicos psiquiatras.

No ano de 1904, Sigmund Freud (fundador da psicanálise) chamou a atenção para o fato de que a psicoterapia era um método terapêutico antigo que a medicina já utilizava há muito tempo (RODEGHERI, 2011).

Tanto as psicoterapias quanto a psicanálise eram métodos da Medicina, apesar de não utilizarem alguns recursos próprios da atividade médica, como examinar e prescrever tratamentos (MEZAN, 1996). Segundo esse autor, no ano de 1904 Freud afirmou que a psicanálise era um tipo de psicoterapia. De fato, quando a psicoterapia surgiu era semelhante à psicanálise. Ambas buscavam atingir aspectos psíquicos totalmente inacessíveis à técnica da hipnose, em especial, os conteúdos recalcados no inconsciente.

Contudo, a psicoterapia, assim como Freud, adotou a hipnose como método para tratar os pacientes. Logo em seguida, Freud descartou a hipnose ao não encontrar efetividade em seus resultados. Dessa insatisfação nasceu a psicanálise. Na sequência, as psicoterapias se diferenciaram da psicanálise. Essa diferenciação aconteceu em função da primeira ainda utilizar a hipnose, enquanto Freud defendia que o paciente deveria se responsabilizar pela liberação dos sintomas, implicando uma postura ativa, condição que o uso da hipnose não permitia (MEZAN, 1996).

Atualmente, poucos métodos psicoterápicos defendem o uso da hipnose enquanto técnica de tratamento. Já a psicanálise, desde Freud, excluiu definitivamente a hipnose do universo psicanalítico. Para Mezan (1996), o que diferencia, na atualidade, a psicanálise das psicoterapias é o fato destas não empregarem o método psicanalítico.



- **Anamnese:** coleta de dados relativos a importantes acontecimentos da vida do paciente, desde sua gestação. Tem por objetivo auxiliar a construção do diagnóstico. É realizada durante a entrevista psicológica e na consulta médica.
- **Epistemologia:** estudo da validade e da eficácia de métodos, técnicas e resultados de várias áreas da ciência.
- **Hipnose:** processo de indução, semelhante ao sono, que deixa o indivíduo vulnerável às sugestões do hipnotizador.
- **Recalque:** mecanismo de defesa que mantém, no inconsciente, ideia ou sentimentos que provocam desprazer.
- **Resistência:** tudo que se opõe ao acesso do inconsciente (camada mais profunda da psique) durante o tratamento psíquico.

Contudo, de acordo com Oliveira et al. (2007, p. 613), foi Sigmund Freud quem contribuiu significativamente com avanços na clínica psicológica ao introduzir novas técnicas, como:

A mudança do paradigma da observação para o da escuta, a importância da resistência e, em última instância, a perspectiva de tratar o cliente como um sujeito de sua história de adoecimento, e não como mero objeto.



Desse modo, Freud provocou o desligamento da psicoterapia da Medicina. Mostrou que a sugestão do poder médico direcionado à cura das doenças não era sustentável à medida que não promovia a compreensão das forças psíquicas e da resistência presentes na relação que o paciente mantinha com sua enfermidade. Com isso, subverteu a lógica do tratamento médico e afirmou que “a cura alcançada após o enfrentamento da resistência permanece, ao desvendar o jogo das forças psíquicas implicadas no processo de adoecimento”, ao contrário do que ocorria com a utilização da hipnose (FREUD, 1905 apud OLIVEIRA et al., 2007, p. 613).

Posteriormente, essa mudança provocou a exclusão do uso dos termos médicos “paciente” e “cura” do contexto psicoterápico. Muitos psicólogos passaram a chamar seus pacientes de clientes, buscando, deste modo, reforçar a importância da postura ativa do sujeito em seu processo psicoterápico. Sendo assim, faz-se oposição à postura passiva que a Medicina adotava quando praticava psicoterapia. Entretanto, outro grupo de psicoterapeutas e psicanalistas discordam da necessidade de utilizar o termo cliente para atingir tal fim.

Ao se manifestar sobre esse tema, Mezan (1996) diz que mesmo sendo imprescindível trabalhar de modo a promover a participação ativa do sujeito na psicoterapia, prefere adotar o termo paciente. Em consonância com esse autor, entendemos que o termo cliente traz a ideia de uma relação de consumo, o que não caracteriza a relação psicoterápica, sendo, portanto, mais apropriado utilizar o termo paciente.

Figura 1.1 | Alusão à escuta psicanalítica



Fonte: <http://www.istockphoto.com/br/foto/terapia-gm174925512-23024102?st=_p_psicoterapia>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Na atualidade, a psicoterapia está relacionada ao trabalho terapêutico constituído por diversos procedimentos e técnicas clínicas que são aplicados observando as particularidades da situação terapêutica que se apresenta em dado momento (SOARES, 2011).



Pesquise mais

No link a seguir, o psicoterapeuta Flávio Gikovate define psicoterapia. Assista aos primeiros 3:25 minutos e conheça mais sobre o tema:

O QUE é exatamente a psicoterapia? Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=2eF7q2BGqHA>>. Acesso em: 6 fev. 2017.

Com base no reconhecimento da psicologia enquanto ciência (em 1879), a psicoterapia foi reconhecida como um método que possibilita conhecer em profundidade o funcionamento da mente humana, o que proporciona ao indivíduo conhecimento profundo sobre si mesmo (RIBEIRO, 2013).

No sentido amplo do termo, psicoterapia é compreendida como “[...] qualquer procedimento que tenha ação sobre a psique do indivíduo [...]”. O resultado do processo psicoterapêutico é a mudança ou alteração na conduta, nos sentimentos e nos pensamentos do indivíduo. De modo restrito, psicoterapia está associada à ideia de “[...] um processo sistemático, com fundamentação no conhecimento dos psicodinamismos da mente [...]”, o que ocorrerá por meio da relação estabelecida entre psicoterapeuta e paciente (OSÓRIO, 2006, p. 9).

Figura 1.2 | Alusão à sessão de psicoterapia



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/man-at-the-psychologist-gm627986384-111338897>> Acesso em: 6 fev. 2017.

A psicoterapia ocorre apoiada em pressupostos teóricos e técnicos que caracterizam a atividade clínica. Deste modo, entendemos que a psicoterapia se configura enquanto um processo da área clínica cujo principal objetivo é a resolução de questões relativas ao psiquismo.

A psicoterapia é composta por etapas que avançam em função da interação entre os sujeitos envolvidos: o psicoterapeuta e o paciente.

Mas, afinal, por que as pessoas buscam psicoterapia? Simon (2015) afirma que uma pessoa recorre à psicoterapia ao perceber a necessidade de ajuda para encontrar a solução mais apropriada para resolver uma dificuldade, em geral de adaptação.



Assimile

Na atualidade, a psicoterapia é compreendida como um processo clínico constituído de etapas estruturadas a partir de determinado referencial teórico. É uma atividade da área clínica cujas técnicas atuam sobre a psique e produzem mudança no comportamento do indivíduo.

Enquanto atividade profissional, no Brasil, a psicoterapia é exercida predominante por psicólogos, apesar de não ser uma atribuição restrita a essa categoria. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), na Resolução CFP-010/2000, qualquer profissional não psicólogo pode praticá-la desde que não se intitule psicólogo. Essa questão promove intensa discussão entre estudantes e profissionais da área, que defendem a necessidade da formação em psicologia para que o psicoterapeuta esteja de fato habilitado para desempenhar seu papel, uma vez que essa atividade o colocará diante da complexidade que caracteriza a dinâmica do psiquismo.

De forma contraditória, por meio da Resolução n.º 10, de 20 de dezembro de 2000, o CFP resolve no Art. 1º:



A Psicoterapia é prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos.

Pode-se observar que o artigo destacado não afirmou que a psicoterapia é uma prática exclusiva do psicólogo. Deste modo, deixa

espaço para diversas interpretações da referida resolução, ao mesmo tempo em que fortalece a Resolução CFP-10/2000, ao afirmar que a psicoterapia não é uma atribuição restrita a psicólogos, como citado nesse texto.

Do ponto de vista epistemológico, a partir da década de 1950, observa-se a preocupação em comprovar a eficácia, o alcance e os limites dos diversos métodos e técnicas psicoterápicas.

A dificuldade para definir tais critérios e a falta de consenso em torno dos conceitos e da aplicação das diversas teorias psicoterápicas mostram-se uma limitação de todo o processo de validação das psicoterapias.

Nesse momento, Carl Rogers, na tentativa de amenizar tal preocupação, afirmou que a eficácia da psicoterapia não depende do modelo adotado, mas advém dos “fatores intrínsecos à relação humana que se estabelecia em qualquer terapia”, independentemente da orientação teórica ou técnica (CORDIOLI, 2008, p. 20). Sua colocação é coerente. No entanto, a consolidação da psicologia enquanto ciência é de fundamental importância para o exercício da profissão e o respeito de seus profissionais no campo científico.

Na visão de Neubern (2006), a possibilidade de unir a psicologia clínica à ciência provocou um problema relevante, já que mostra-se impossível assegurar a supremacia de um método clínico sobre os demais.

Vários modelos teóricos, cada um a sua maneira, podem acessar a mesma vida psíquica. Por isso, conforme Neubern (2006, p. 346), instalou-se uma contradição incômoda no ambiente científico:

Enquanto a psicologia clínica ganhou espaços sociais e reconhecimento científico, ela jamais pôde atingir, como não o puderam as ciências humanas e sociais, o status da confiabilidade científica das ciências duras, permanecendo a meio caminho de um reconhecimento integral.



Em função desse cenário, no início dos anos 1950, uma importante pesquisa em psicoterapia, realizada pela Fundação Menninger (Psychotherapy Research Project - PRP), tinha como objetivo compreender as mudanças ocorridas em pacientes que se submeteram à psicanálise e a outras psicoterapias de base analítica. Observou-se o modo como as mudanças ocorrem ao longo do processo

psicoterápico. O ponto inicial do PRP era verificar os processos e os resultados que estão interligados e, por isso, devem merecer a mesma importância (HOWARD et al., 1996 apud MORGADO, 2012).

A permanência das dificuldades para atingir um consenso em torno dos conceitos de estrutura psíquica e das mudanças estruturais levou a Fundação Menninger, em 1986, a elaborar 17 competências psicológicas, teoricamente neutras, dando origem ao Instrumento de Escala das Capacidades Psicológicas (*Scales of Psychological Capacities* - SPC). Tais capacidades psicológicas foram validadas enquanto atributos que representavam o funcionamento da personalidade, cujas alterações indicavam mudança na estrutura psíquica (DE WITT et al., 1991 apud MORGADO, 2012).

De acordo com Morgado (2012), em 1994, Wallerstein declarou que, durante o período de 30 anos do programa de investigação da validação e eficácia das psicoterapias, mais de 20 autores trabalharam nessa direção. O resultado foi a produção de seis livros e mais de 70 artigos sobre o tema. Para Morgado (2012, p. 7):



Atualmente, o interesse nesta área mantém-se e continuam a desenvolver-se trabalhos, no sentido de identificar as variáveis que influenciam o processo terapêutico provocando mudanças na estrutura psíquica e a forma como estas variáveis comunicam entre si.

Neubern (2006) relaciona a adoção da hipnose pela psicologia clínica ao entrave enfrentado na busca de respostas epistemológicas que a área necessita obter. Desse modo, Neubern (2004 apud NEUBERN, 2006, p. 352) entende que ainda hoje a área clínica da psicologia não respondeu questões referentes à sua identidade científica, como: “Quem sou eu? De onde vim? Para onde vou?”. Seguindo essa linha de raciocínio, o autor explica que:



Não é sem razões que sua associação à racionalidade científica tenha ocorrido dentro de um considerável mal-estar, sendo por vezes tida como um ramo menos científico (e, portanto, mais duvidoso) da psicologia, como o ramo onde a psique não teria sido totalmente exorcizada do subjetivo (GONZALEZ REY, 1996; NEUBERN, 2003). Em

outras palavras, mesmo tendo sido obrigada a negar sua própria história, onde a hipnose não foi um mero acidente, a psicologia clínica não conseguiu um sucesso integral quanto às exigências científicas, como se tivesse permanecido a meio caminho de atingi-las (NEUBERN, 2006, p. 352).



Contudo, esse autor reconhece que a psicologia clínica conquistou importantes espaços sociais e institucionais e é reconhecida como um tipo de ciência.

É perceptível, portanto, que o desejado consenso em torno da indicação, métodos, técnicas e eficácia da psicoterapia ainda não foi encontrado. Essas questões continuam alimentando a discussão entre os profissionais da área clínica e entre a psicologia e a ciência como um todo.



Refleta

Se a eficácia das psicoterapias não pode ser comprovada de modo definitivo, é possível considerar tais métodos psicológicos como instrumentos científicos?

A ética é um aspecto central no exercício responsável da psicologia clínica. Essa palavra é originária do termo grego *éthos* e significa caráter. Em sua origem indicava assento ou moradia. Baseado nesses significados, a ética psicoterapêutica deve indicar uma abertura para receber as questões trazidas pelo paciente. O princípio fundamental da psicoterapia encontra-se na ética que deve caracterizar o acolhimento (dar morada ou assento) que o psicoteapeuta oferece ao paciente (NAFFAH NETO, 1994 apud SILVA, 2001).

O atual código de ética que regula o exercício da psicologia em território brasileiro vige desde agosto de 2005. É o terceiro código regulamentar desde que a psicologia foi reconhecida no país. A versão atual buscou observar os princípios da última Constituição Federal, promulgada no ano de 1988.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2005, p. 5), o código de ética tem a missão principal " [...] de assegurar, dentro de valores relevantes para a sociedade e para as práticas desenvolvidas, um padrão de

conduta que fortaleça o reconhecimento social daquela categoria”.

O código de ética está organizado do seguinte modo: princípios fundamentais; responsabilidades do psicólogo (inclui deveres e vetos); disposições gerais (trata das punições a serem aplicadas quando o código é infringido). Na próxima seção esse documento será abordado em maior profundidade.

Entre os sete princípios fundamentais destacamos o princípio IV: “O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática” (2005, p. 7).

Entendemos que a importância desse princípio está em divulgar e solicitar o aprimoramento contínuo do psicólogo. A ausência da atualização e da ampliação do conhecimento reduziria significativamente a oferta de um atendimento de qualidade às demandas da clínica psicológica em função da extensão e complexidade das questões que o paciente pode apresentar ao longo da psicoterapia.



Exemplificando

O psicólogo que não continua se aprimorando ao longo de sua vida profissional sentirá significativa dificuldade para acompanhar a evolução da queixa de seus pacientes. Dificilmente a demanda do paciente resume-se a uma única questão ou aspecto de sua vida psíquica. Ao contrário, reúne variada gama de temas, o que requer conhecimento amplo dos inúmeros conceitos teóricos que habilitam o profissional da psicologia a compreender a dinâmica do funcionamento psíquico.

Apesar de a psicologia ser uma profissão regulamentada, ainda há muito a amadurecer em relação ao caráter clínico dessa profissão, em especial no que diz respeito à aplicação e à demonstração da eficácia das psicoterapias, o que está diretamente relacionado às mudanças que o processo terapêutico mobiliza na estrutura psíquica.

Estima-se que o avanço científico nesse campo impactará a ética esperada na atuação do psicólogo, em especial o que trabalha na área clínica.

Enquanto isso não avança, a consciência ética dos profissionais

da área, somada à legislação vigente – o Código de Ética Profissional – são os principais instrumentos para garantir o fazer psicológico responsável, qualificado e voltado ao bem-estar e à melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que recorrem aos serviços clínicos prestados pelos psicólogos.

Sem medo de errar

A ética é um aspecto central no exercício da psicologia clínica. O atual Código de Ética que regula o exercício da psicologia em território brasileiro foi aprovado em agosto de 2005 com a missão “[...] de assegurar, dentro de valores relevantes para a sociedade e para as práticas desenvolvidas, um padrão de conduta que fortaleça o reconhecimento social da categoria.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 5)

Para defender a importância da ética na atuação do psicoterapeuta faz-se importante definir psicoterapia e, desta forma, evidenciar a responsabilidade do psicólogo clínico no contato com o paciente.

A psicoterapia é compreendida como “[...] qualquer procedimento que tenha ação sobre a psique do indivíduo [...]”. O resultado do processo psicoterapêutico é a mudança ou a alteração na conduta, nos sentimentos e nos pensamentos do indivíduo. De modo restrito, psicoterapia está associada à ideia de “[...] um processo sistemático, com fundamentação no conhecimento dos psicodinamismos da mente [...]”, o que ocorrerá por meio da relação estabelecida entre psicoterapeuta e cliente (OSÓRIO, 2006, p. 9).

Dessa forma, a formação em psicologia se faz necessária para que o psicoterapeuta esteja de fato habilitado para desempenhar seu papel, uma vez que isso possibilita uma atuação eficaz diante da complexidade que caracteriza a dinâmica do psiquismo, o que está previsto nos princípios fundamentais do Código de Ética: “IV - O psicólogo atuará com **responsabilidade**, por meio do **contínuo aprimoramento profissional**, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 7). Portanto, o aprimoramento contínuo do psicólogo é uma responsabilidade essencial no exercício da clínica e está pautado em princípios éticos, garantindo a efetiva aplicação da psicologia na área clínica.

Faça valer a pena

1. Considere as afirmações:

I. Na atualidade a psicoterapia é compreendida como qualquer procedimento que tenha ação sobre a psique do indivíduo.

II. A psicoterapia continua, nos dias atuais, sendo um processo baseado na relação entre quem a realiza (psicoterapeuta e paciente), apoiada em rituais e crenças.

III. De acordo com Simon (2015), as pessoas recorrem à psicoterapia, buscando ajuda para solucionar uma dificuldade de adaptação.

IV. Na atualidade a prática da psicoterapia permanece seguindo o modelo médico. Em relação à psicoterapia podemos afirmar que:

- a) Apenas as alternativas I e II estão corretas.
- b) Apenas as alternativas I e IV estão corretas.
- c) Apenas as alternativas I e III estão corretas.
- d) Apenas as alternativas II e III estão corretas.
- e) Apenas as alternativas II e IV estão corretas.

2. Considere as afirmações de Jung proferidas na Associação de Medicina de Zurique, em 1935, sobre as mudanças percebidas em relação à psicoterapia. “ [...] A pessoa é um sistema psíquico, que, atuando sobre outra pessoa, entra em interação com outro sistema psíquico. Esta é talvez a maneira mais moderna de formular a relação psicoterapêutica médico-paciente; evidentemente distanciou-se muito da concepção inicial, segundo a qual a psicoterapia seria um método aplicável de maneira estereotipada por qualquer pessoa para obter um efeito desejado. [...]”

Em relação às contribuições de Sigmund Freud para os avanços na clínica psicológica, podemos dizer que foi responsável pelas seguintes mudanças no processo psicoterapêutico:

- a) Retomou a aplicação da psicoterapia por qualquer profissional desde que este siga a prática da hipnose e dos rituais religiosos.
- b) Aumentou a duração da psicoterapia para garantir a cura das pessoas que se submetiam ao tratamento psíquico.
- c) Eliminou a escuta do paciente, passando o médico a ser mais ativo durante os encontros com o paciente.
- d) Introduziu a perspectiva de tratar o cliente como um sujeito de sua história de adoecimento, e não como mero objeto.
- e) Acrescentou a hipnose, o uso da palavra e de rituais e fortaleceu o aspecto religioso na busca da cura das doenças nervosas.

3. A partir da década de 1950, observa-se a preocupação em comprovar a eficácia, o alcance e os limites dos diversos métodos e técnicas psicoterápicas. Nesse momento, Carl Rogers afirmou que a eficácia da psicoterapia não depende do modelo adotado, mas advém dos “fatores intrínsecos à relação humana que se estabelecia em qualquer terapia”, independentemente da orientação teórica ou técnica (CORDIOLI, 2008, p. 20).

Sendo assim, podemos afirmar que:

- a) Não ter consenso em torno dos conceitos e da aplicação das psicoterapias limitam a validação da psicoterapia.
- b) A validação dos processos psicoterápicos encontra-se na falta de objetividade no diálogo entre psicoterapeutas e pacientes.
- c) A validação da psicoterapia enquanto método científico é boicotado pela Medicina, que ainda luta para retomar o domínio dessa atividade.
- d) Os psicólogos têm demonstrado total falta de domínio na aplicação dos métodos psicoterapêuticos.
- e) A validação de conceitos e técnicas psicoterapêuticos requer a junção da Medicina e da psicologia, como era antigamente.

Seção 1.2

Psicoterapeuta

Diálogo aberto

A partir de agora, vamos explorar o conceito de psicoterapeuta de acordo com sua formação e perfil. Vamos investigar ainda os aspectos legais referentes ao exercício da psicoterapia no Brasil, as resoluções do Conselho Federal de Psicologia, que regula a atividade em questão. Por último, mas não menos importante, vamos conhecer a Associação Brasileira de Psicoterapia (ABRAP).

Lembra-se da situação hipotética apresentada na seção anterior? A Universidade Sigmund Freud destaca-se no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos e seus professores são bastante exigentes, em especial em relação às disciplinas de Estágio Clínico. Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina Estágio Clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Deborah, iniciou seu estágio na clínica-escola na metade do semestre letivo, por isso, teme não cumprir o número de horas necessárias para ser aprovada na disciplina Estágio Supervisionado. Contudo, na primeira entrevista identificou que a paciente Maria do Carmo é a atual namorada de seu ex-noivo. Como essa relação é recente, Maria do Carmo não associou Deborah ao seu namorado. Mas Deborah depara-se com um dilema: encaminha a paciente para um colega e aguarda surgir outra pessoa para atender – mesmo correndo o risco de reprovar na disciplina, caso não consiga outro paciente – ou prossegue com o atendimento de Maria do Carmo. Considerando os princípios éticos da psicoterapia, instrua a estagiária a tomar a decisão adequada.

Não pode faltar

A formação do psicoterapeuta - o psicólogo que opta pela área clínica precisa trilhar um importante caminho para formar-se psicoterapeuta. A capacitação para atuar nesse campo tem extrema

relevância para o exercício responsável e eficiente da psicologia clínica, devendo ser pautada em princípios éticos.

Os cinco anos de faculdade não incluem exclusivamente a formação em psicoterapia. Ao contrário, durante a graduação é apresentada uma diversidade de conteúdos de diferentes áreas da psicologia, buscando uma formação generalista. A formação específica do psicoterapeuta se inicia após a graduação, apesar de a conclusão do curso o habilitar legalmente para o exercício da profissão em qualquer campo da psicologia, o que inclui a clínica.

De acordo com Ulian (2002 apud BARRETO; BARLETTA, 2010, p. 159), "as habilidades específicas aos terapeutas em sua relação com o cliente são denominadas de habilidades terapêuticas." O aprendizado da psicoterapia ultrapassa a assimilação do conjunto dessas habilidades, tem na pessoa do psicoterapeuta o próprio instrumento de trabalho e isso, às vezes, pode apresentar-se falho (HALEY, 1998 apud MEIRA; NUNES, 2005).

Entendemos que tais habilidades ou a formação do psicoterapeuta se estabelecem apoiadas: (1) na formação em determinada abordagem teórica; (2) na supervisão de casos clínicos; e (3) na psicoterapia pessoal do profissional da área clínica.

- Há ampla variedade de abordagens teóricas/técnicas na área da psicologia. O psicólogo escolherá a teoria que dialoga com suas percepções acerca do sujeito e da coerência que o conjunto de técnicas mostra ter em relação à sua visão de psicoterapia e de sujeito. A importância desta capacitação reside em adquirir um referencial teórico que amplie a capacidade de perceber e compreender as questões que o paciente apresenta durante o processo psicoterápico. Sem capacitar-se, o psicólogo teria importante dificuldade para identificar e compreender a demanda apresentada pelos pacientes e a psicoterapia ficaria estagnada e, portanto, não progrediria.

- Ao referir-se à supervisão de estágio clínico, Resende (2005, p. 15) afirma que esse recurso oferece um "espaço de reflexão, transformação e construção do conhecimento" e estimula o desenvolvimento, a iniciativa e a autoconfiança no exercício da prática clínica. Entendemos que essa visão se aplica também à supervisão do recém-formado. Além disso, o supervisor tem o papel de apontar outros aspectos da sessão, além dos percebidos pelo jovem psicoterapeuta, e mostrar a relação entre a teoria, a técnica

e os conteúdos da sessão. Desse modo amplia os caminhos que podem ser seguidos durante o processo psicoterápico.

- A psicoterapia pessoal do psicoterapeuta permite conhecer as principais dificuldades que cerceiam sua personalidade e seu comportamento. Além de poder elaborar tais questões, o psicoterapeuta passará a compreender como tais dificuldades foram elaboradas, o que leva a entender como ocorre na prática a transformação psíquica durante a psicoterapia (BOLLAS, 1992 apud MEIRA; NUNES, 2005).

Esse tripé reúne os instrumentos essenciais para o desenvolvimento da identidade de psicoterapeuta e capacita para o efetivo exercício desse papel.



Vocabulário

- **Conivente:** cúmplice; aliado; condescendente. Aquele que concordou ou nada fez para impedir algo prejudicial que foi praticado por outro.
- **Elaborar:** organizar mentalmente informações por meio do pensar sobre estas, podendo atribuir-lhes novo significado após esse processo. Organizar. Fazer.

Para Ito (2001 apud Peuker et al., 2009), aos resultados que se pode obter no processo psicoterápico são proporcionais à formação do psicoterapeuta. O autor destaca a competência técnica, a experiência clínica e o estilo pessoal do profissional, o que inclui características como autenticidade e empatia, como elementos que compõem a formação clínica. Esses requisitos favorecem o fortalecimento das habilidades do psicoterapeuta, aumentando, desta forma, o grau de sucesso que pode obter em seu trabalho.



Pesquise mais

Conheça mais sobre a formação do psicoterapeuta, aprofundando seus conhecimentos com essa leitura que permanece atual:

BORIS, G. D. J. B. Versões de sentido: um instrumento fenomenológico-existencial para a supervisão de psicoterapeutas iniciantes. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000100011>. Acesso em: 19 mar. 2017.

Os aspectos legais do exercício da profissão são regulados pelo **Código de Ética Profissional** (2005). Esse documento abrange as diversas áreas de atuação do psicólogo e foi elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), a quem é de direito regular a profissão e punir condutas quando em desacordo com o referido código.

No entanto, nesta seção nos restringiremos aos **aspectos legais do exercício da psicoterapia**. Para tanto, reproduziremos parcialmente trechos do Código de Ética que regulam o exercício dessa atividade.

No que diz respeito às responsabilidades do psicólogo:

Art. 1º - deveres fundamentais dos psicólogos”:

- “Estabelecer acordos de prestação de serviços que respeitem os direitos do usuário ou beneficiário de serviços de Psicologia” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 8)

- “Sugerir serviços de outros psicólogos, sempre que, por motivos justificáveis, não puderem ser continuados pelo profissional que os assumiu inicialmente, fornecendo ao seu substituto as informações necessárias à continuidade do trabalho” (CFP, 2005, p. 9).

“Art. 2º – Ao psicólogo é vedado”:

- “Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão” (CFP, 2005, p. 9).

- “Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (CFP, 2005, p. 9).

- “Ser conivente com erros, faltas éticas, violação de direitos, crimes ou contravenções penais praticadas por psicólogos na prestação de serviços profissionais” (CFP, 2005, p. 9).

- “Induzir qualquer pessoa ou organização a recorrer a seus serviços” (CFP, 2005, p. 10).

- “Estabelecer com a pessoa atendida, familiar ou terceiro, que tenha vínculo com o atendido, relação que possa interferir negativamente nos objetivos do serviço prestado” (CFP, 2005, p. 10).
- “Prolongar, desnecessariamente, a prestação de serviços profissionais” (CFP, 2005, p. 10).



Exemplificando

É dever do psicólogo preparar o paciente para a alta sempre que as questões que o levaram à psicoterapia (e outras diretamente relacionadas à queixa) foram modificadas. Mesmo quando o vínculo entre psicoterapeuta e paciente é positivo, faz-se necessário conceder alta ao paciente.

“Art. 6º – O psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos”:

- “Encaminhará a profissionais ou entidades habilitados e qualificados demandas que extrapolem seu campo de atuação” (CFP, 2005, p. 12).
- “Compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo” (CFP, 2005, p. 12).

Art. 8º – “Para realizar atendimento não eventual de criança, adolescente ou interdito, o psicólogo deverá obter autorização de ao menos um de seus responsáveis, observadas as determinações da legislação vigente:

§1º – No caso de não se apresentar um responsável legal, o atendimento deverá ser efetuado e comunicado às autoridades competentes;

§2º – O psicólogo responsabilizar-se-á pelos encaminhamentos que se fizerem necessários para garantir a proteção integral do atendido.” (CFP, 2005, p. 12-13).

“Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional” (CFP, 2005, p. 13).

Desse modo compartilhamos aqui os principais pontos do Código de Ética relacionados ao exercício da psicoterapia. Todos esses aspectos orientam a postura do psicoterapeuta e esta deve pautar-se sempre pelos princípios éticos que regulam a atividade de psicólogo.



Assimile

De acordo com Código de Ética do psicólogo (CFP, 2005), o encaminhamento a outro psicoterapeuta torna-se imperativo quando: (a) a demanda do paciente vai além de seu campo de atuação; (b) houver vínculo com o paciente ou qualquer relação que possa interferir negativamente nos objetivos da psicoterapia; o psicoterapeuta não puder continuar o atendimento, por motivo justificável.

Há poucas pesquisas que apontam **o perfil do psicoterapeuta no Brasil**. Em 2001 o CFP realizou uma pesquisa para conhecer o perfil do psicólogo. O resultado apontou para a predominância de mulheres, jovens, com baixa remuneração e atuando predominantemente na área clínica. Foi constatado ainda que a maioria dos psicoterapeutas atuam em consultórios particulares (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003). No ano de 2004 outra pesquisa foi realizada também pelo CRP. O resultado mostrou que as especializações ou pós-graduações realizadas pelos psicólogos concentram-se na área clínica (45%). Do total de entrevistados, mais da metade (55%) atua na área clínica.



Reflita

Uma vez que a psicologia é uma ciência jovem e a psicoterapia ainda não esclareceu de modo definitivo sua eficácia, de que maneira o baixo número de pesquisas sobre o perfil do psicólogo impactam a transparência do fazer psicológico?

Figura 1.3 | Alusão ao psicoterapeuta de abordagem psicanalítica



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/homem-no-psicoterapeuta-gm610141620-104673225>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

Em 2004 foi fundada a Associação Brasileira de Psicoterapia (ABRAP) com o objetivo de reunir e promover troca entre psicoterapeutas dos diversos modelos de psicoterapia. A ABRAP é entidade de supra abordagens, portanto, abraça todas as linhas existentes, como: corporais, sistêmicas, comportamentais, psicanalítica, psicodramáticas, cognitivo-comportamental, comunitária, analíticas, entre outras.

Entre seus objetivos encontram-se: (a) apoiar o desenvolvimento das bases conceituais e científicas da psicoterapia geral e enfatizar a reflexão sobre os fatores terapêuticos comuns a todas as abordagens; (b) servir como um centro de recursos e informações sobre assuntos relativos à psicoterapia para quem a ela recorrer; (c) promover regularmente eventos científicos na área de psicoterapia, brasileiros e internacionais; (d) promover a integração de profissionais de diversas áreas; (e) divulgar a psicoterapia e favorecer sua presença nos processos de transformações sociais e organizacionais em que seja relevante; (f) criar parcerias com entidades nacionais e internacionais e governamentais; (g) premiar trabalhos individuais e de organizações que se destaquem na área.

Desta forma, oferece apoio ao exercício da psicoterapia em um ambiente de trocas sobre as práticas clínicas e questões éticas próprias desse contexto. Ao associarem-se nesse formato, psicoterapeutas das mais variadas orientações teóricas se fortalecem à medida que se apoiam mutuamente.

Figura 1.4 | Psicoterapeuta durante uma sessão



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/garota-adolescente-visitas-consult%C3%B3rio-m%C3%A9dico-sofrimento-com-depress%C3%A3o-gm177761232-24019634>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

Sem medo de errar

Para resolver a situação-problema apresentada no início desta seção é importante retornar ao livro didático e verificar os tópicos que reproduzem o Código de Ética do psicólogo. Consulte especificamente: (a) as orientações relativas à preservação da intimidade do paciente e (b) à conduta a ser tomada pelo psicoterapeuta quando não puder prosseguir com o atendimento, em função de justificativa coerente.

Tudo junto e misturado

Descrição da situação-problema

Marisa está no último semestre de Psicologia na Universidade Sigmund Freud. Ao longo de sua formação ouviu seus professores ressaltarem a importância de realizar uma formação teórica para atuar na área clínica. Contudo, a aluna entende ser mais eficaz não se especializar. Acredita que poderá reunir o conhecimento que adquiriu ao longo da graduação, sobre as variadas teorias, pois, desta forma, sempre terá um caminho apropriado à situação colocada pelos pacientes.

Matheus recebeu a tarefa de orientar Marisa sobre a importância de uma formação teórica para os psicólogos que escolheram a área clínica. Ajude-o a elaborar argumentos convincentes para apresentar a Marisa.

Resolução da situação-problema

Durante a graduação, o aluno é apresentado a conteúdos de diferentes áreas da psicologia, contudo, essa diversidade não contempla a necessidade e o tipo de conhecimento necessários ao exercício da psicoterapia. Portanto, a graduação não é suficiente para formar um psicoterapeuta.

Para se preparar efetivamente para exercer a psicologia clínica, faz-se necessário aprofundar o conhecimento sobre uma abordagem ou modelo teórico específico. A escolha da teoria deve ocorrer em função da afinidade que o psicólogo tem com a visão de sujeito e de psicoterapia que o modelo teórico defende. Cada teoria concebe essas questões de modo distinto, o que inviabilizaria reuni-las na prática clínica, como pretende Marisa.

A importância da capacitação está em adquirir um referencial teórico que amplie a capacidade de perceber e compreender a queixa do paciente e seu funcionamento psíquico. Deste modo, sem capacitar-se, o psicólogo teria importante dificuldade para identificar e compreender a demanda apresentada pelos pacientes, e a psicoterapia ficaria estagnada, não atingindo o resultado esperado, ao passo que a formação teórica/técnica fortalecerá as

habilidades terapêuticas e aumentará o grau de sucesso que se pode obter nesse campo.

Faça valer a pena

1. De acordo com Boris (2008), "em minha experiência acadêmica, é com estranheza que percebo, com razoável frequência, que muitos alunos chegam ao final do curso sem conhecimentos básicos ou experiência mínima quanto ao universo clínico, muitas vezes nem mesmo tendo se submetido a seu próprio processo psicoterápico, como se o estágio fosse apenas mais uma disciplina, que, cumprida, lhes proporcionaria o suficiente para se tornarem psicoterapeutas. Neste sentido, embora se pautando em outro referencial que não o enfoque fenomenológico-existencial, mas na psicanálise, Calligaris (2004) nos lembra que, até para o profissional experiente, 'é sempre bom que um terapeuta, de vez em quando, volte a ser paciente'. (CALLIGARIS, 2004, p. 52)"

Marque a alternativa que justifica a importância de o psicoterapeuta submeter-se à psicoterapia.

- a) É um momento de reflexão cujas dúvidas da prática clínica podem ser discutidas entre iguais, como se fosse uma supervisão de caso.
- b) Permite discutir com um psicoterapeuta mais experiente casos clínicos de seu consultório que não está conseguindo entender.
- c) Ajuda a construir a identidade terapêutica ao assimilar o tom da fala e os gestos próprios do psicoterapeuta.
- d) Permite descobrir se sua técnica é apropriada a todo tipo de queixa clínica.
- e) Permite entender, na prática, como ocorre a transformação psíquica durante a psicoterapia.

2. Segundo Ribeiro (1986, p. 76): "as técnicas são importantes, mas não podem ser exclusivas. As técnicas são instrumentos "mágicos", são "truques de ação". São importantes quando aplicadas em consequência do que já está ali e não aplicadas para produzir coisas, situações emocionais, etc. A técnica é aplicada para ajudar o psicoterapeuta a fazer uma leitura correta da situação e não para produzir fantasmas. "

Marque a alternativa que mostra os elementos que compõem as habilidades terapêuticas.

- a) Discussão de casos, participação em simpósios, formação teórica.
- b) Formação teórica, técnicas alternativas, apresentação de trabalhos em congressos.

- c) Psicoterapia pessoal, formação teórica, supervisão de casos clínicos.
- d) Psicoterapia pessoal, supervisão de casos clínicos, técnicas alternativas.
- e) Supervisão de casos clínicos, técnicas alternativas, formação teórica.

3. “A Associação Brasileira de Psicoterapia (ABRAP) foi fundada em maio de 2004 com o intuito de congrega e promover intercâmbio entre psicoterapeutas das diversas tendências existentes na atualidade. Trata-se de uma entidade de supra abordagens abarcando um amplo espectro de linhas psicoterápicas.”

Marque a alternativa que indica o tipo de apoio que a ABRAP se propõe a oferecer aos psicoterapeutas.

- a) Direcionar os psicoterapeutas à mesma formação teórica.
- b) Apoiar o desenvolvimento das bases conceituais e científicas da psicoterapia geral.
- c) Provocar conflito entre psicoterapeutas de diferentes orientações na busca de ampliar as possibilidades de atuação.
- d) Promover a uniformidade na maneira de compreender a demanda clínica.
- e) Fazer oposição às rígidas normas do Código de Ética Profissional.

Seção 1.3

Constituição da psicoterapia

Diálogo aberto

Na situação hipotética apresentada no início desta unidade, vimos que a Universidade Sigmund Freud se destaca no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos e seus professores são bastante exigentes, em especial em relação às disciplinas de Estágio Clínico.

Agora, imagine que João Victor, um jovem de 18 anos, procurou a clínica escola da Universidade Sigmund Freud porque não sabe que profissão seguir. Durante a orientação profissional manifestou interesse pela psicologia clínica. Gislene, a estagiária que o atende percebeu que o jovem desconhece as atividades exercidas pelo psicólogo clínico. Para esse jovem ter mais elementos e prosseguir na escolha da profissão, ajude Gislene a apresentar a João Victor o que é a psicoterapia.

Não pode faltar

O **enquadre** ou **setting** delimita o espaço de cada sujeito e as regras que configuram a relação psicoterápica. Em consequência, mudanças no enquadre terão significado particular no trabalho clínico. Tais mudanças serão tratadas com maior ou menor importância em função do referencial teórico adotado pelo psicoterapeuta.

Em especial, na psicanálise o *setting* é fortemente valorizado enquanto um recurso terapêutico. É também um espaço oferecido para criar uma estruturação simbólica dos processos subjetivos inconscientes. Em função da importância que o *setting* tem para a psicanálise, esse modelo será adotado enquanto referência para explorarmos a função do enquadre no tratamento clínico.

Para a psicanálise, os elementos organizadores do *setting* são: (a) o ambiente físico; (b) o contrato que pautará o processo psicoterápico; e (c) os princípios da própria relação estabelecida entre analisando e analista (BARROS, 2013). O enquadre é a junção dos procedimentos

e normas que organizam e permitem o processo psicanalítico. O *setting* tem funções específicas ao longo do tratamento psicanalítico. O enquadre ajuda a: (a) estabelecer aporte à realidade exterior; (b) prover a necessidade de delimitação entre o "eu" e os "outros"; (c) facilitar a capacidade de "diferenciação, separação e individuação"; (d) reconhecer que somente sofrendo as frustrações impostas pelo *setting* o paciente pode desenvolver a capacidade de simbolizar e pensar (ZIMERMAN, 1999, p. 302).

A importância das regras para o enquadre é explicada em função de seu papel. Deste modo, as regras fundam, constituem e iniciam "[...] o tratamento e, por isso, precisa ser explicitamente declinada pelo psicanalista e formalmente aceita pelo analisando" (BERLINCK, 2000, p. 260 apud DIAS; BERLINCK, 2011). A propósito, as regras são o sinal mais evidente na configuração do enquadre.

O *setting* vai além das normas e papéis definidos. Engloba o espaço físico no qual o processo psicoterápico acontece. Qualquer mudança nesse espaço (móveis, cor da sala, objetos decorativos e a mudança de consultório para outro endereço) pode mobilizar angústias ou sentimento de insegurança. Para Sandler (1990 apud MOREIRA; ESTEVES, 2012), mudar de sala, por exemplo, tanto pode provocar desconforto como também novas revelações, o que será influenciado pela saúde mental do paciente. Mudar o *setting* geralmente altera a dinâmica do trabalho psicoterápico.

Zimerman (1999) defende que a partir do momento que o *setting* foi configurado, deve ser mantido. Do mesmo modo, Etchegoyen (1989 apud MOREIRA; ESTEVES, 2012) defende que no momento em que o enquadre (regras e configurações) é fixado constitui-se o marco inicial da psicoterapia, o que ocorre por meio do contrato entre a diade paciente-psicoterapeuta. No entanto, Zimerman (1999) alerta ser desnecessário rigor excessivo e a estereotipia das regras que delimitam o enquadre. Esse comportamento levaria o psicoterapeuta a repeti-las de modo mecânico e rígido. Quando isso ocorre, sua sensibilidade não encontra espaço e leva ao distanciamento do paciente. O oposto, a exagerada permissividade no *setting*, indica erroneamente que o paciente pode alterar as regras sociais a seu favor, assim como ocorre em relação ao enquadre.

A mais nobre função do *setting* é criar um novo espaço no qual o paciente encontrará a oportunidade de reexperimentar junto com

seu analista (ou psicoterapeuta) situações emocionais conflituosas - antigas e marcantes - que foram mal compreendidas e significadas pelos pais e, conseqüentemente, "mal solucionadas pela criança de ontem, que habita a mente do paciente adulto de hoje" (ZIMERMAN, 1999, p. 302).

Contudo, antes de o contrato ser estabelecido e as regras serem fundadas, faz-se necessário que paciente e psicoterapeuta se encontrem. Esse primeiro encontro é denominado **entrevista inicial**. Seu objetivo é conhecer a condição mental, emocional e material do paciente, além de entender o motivo que o levou a buscar a psicoterapia. A entrevista inicial permite "a mútua apresentação de características pessoais de cada um e a instalação de uma atmosfera de trabalho" (ZIMERMAN, 1999, p. 286). Serve ainda para o psicoterapeuta, ao conhecer tais condições, decidir se está apto e sente-se confortável para receber o paciente e suas singularidades. Do contrário, é importante reconhecer que a melhor maneira de o ajudar é indicando para um profissional que se encontre pronto a atendê-lo no momento.

Vale ressaltar que é comum a necessidade de realizar mais que uma entrevista, ou seja, algumas entrevistas iniciais. O que determina o número de entrevistas que devem ser realizadas nesse início de trabalho é a quantidade de encontros necessários para conhecer as experiências relevantes na história do paciente, por exemplo: o modo como sua vida está organizada no presente (se estuda, trabalha, com quem vive, entre outros aspectos).



Pesquise mais

Para aprofundar o conhecimento sobre as entrevistas iniciais, assista aos primeiros minutos do vídeo indicado a seguir. Nele, o psicanalista Alexandre Simões discorre sobre o contexto psicanalítico, contudo, reconhecemos oportuno às demais psicoterapias.

Como uma análise se inicia? Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VmlYweldKy>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

Em relação aos aspectos técnicos do trabalho psicoterápico, o sigilo relativo ao conteúdo das sessões deve ser evidenciado desde a entrevista inicial. É comum pacientes chegarem com alguma desconfiança em relação ao destino da experiência partilhada. Em especial, quando se trata de pacientes com traços persecutórios. Desenvolver confiança na figura do terapeuta, ou não, será determinante para o desenvolvimento da psicoterapia. Em relação à ética, o código de ética dos psicólogos, no Art. 9º, coloca o sigilo como um dever do psicólogo. Essa determinação implica uma série de cuidados, como: o ambiente físico, o que se traduz em montar uma sala que garanta o sigilo e a privacidade; não expor o nome dos pacientes nas supervisões clínicas; e, em especial, o modo como os prontuários serão arquivados.

O contrato terapêutico indica o modo como psicoterapeuta e paciente se tratarão ao longo do processo psicoterápico, o que será sinalizado por meio das combinações práticas básicas estabelecidas pela dupla em questão (ZIMERMAN, 1999).



Exemplificando

Entre as combinações práticas entre paciente e psicoterapeuta encontram-se: (a) definir dia e hora das sessões psicoterápicas; (b) informar como eventuais faltas e atrasos do paciente serão tratados; (c) acordar preço e data de pagamento; (d) combinar como tratarão o período de férias de ambos, entre outros aspectos.

É importante ressaltar que o contrato estabelecido entre a díade paciente-psicoterapeuta é diferente do contrato jurídico. No campo da psicoterapia o contrato é estabelecido face a face, por meio do diálogo. Dessa forma, dispensa a redação de um documento escrito, como ocorre no meio jurídico, entre outras áreas.

D'Acri (2009, p. 44) ressalta que o desequilíbrio no estabelecimento do contrato refletirá na relação psicoterápica e será expresso por meio de faltas, atrasos, desconfiança e hostilidade que podem levar à interrupção ou ao abandono da psicoterapia. A autora alerta ainda que muitos psicoterapeutas temem o uso desse instrumento e, por isso, se submetem a cláusulas determinadas pelo paciente, em desacordo com suas expectativas, o que leva a "malabarismo nas agendas,

período de férias em que o cliente goza e o terapeuta é, muitas vezes, privado da remuneração porque no seu contrato possui uma cláusula apenas para as férias do cliente.” Os danos causados pelo desconforto entre as partes podem ser observados também “nos atrasos com o cliente anterior, sonolência” por parte do psicoterapeuta. Em relação ao paciente, pode ser observado quando “[...] aceita as condições de maneira tão cordata e sem negociação que, posteriormente, infringe o acordo atrasando o pagamento, solicitando frequentemente mudanças de horários, entre outros.”

Outro aspecto relevante que se estabelece no início da psicoterapia é o **rappport**. Diz respeito a um modo efetivo de comunicação que se estabelece ao perceber a existência de compreensão mútua e acolhimento entre paciente e psicoterapeuta. De acordo com Oliveira (2005), *rappport* refere-se às relações pontuadas pela harmonia, tranquilidade, serenidade e empatia. Inclui cordialidade, afetuosidade, confiança, apreço e respeito mútuo. Quando o *rappport* foi estabelecido, entende-se que o contato foi marcado por empatia e confiança mútuas. É uma condição essencial no início do trabalho clínico, porque favorece a construção do vínculo ou da aliança terapêutica.



Vocabulário

- **Empatia:** compreender emocionalmente o outro. Isso ocorre quando o sujeito se coloca no lugar, ou seja, imagina como uma pessoa com as experiências que esse outro teve pensa ou age em determinadas situações.
- **Insight:** conhecimento consciente dos processos inconscientes. Leva a mudanças psíquicas duradouras.
- **Resistência:** conjunto de reações que busca manter fora do campo da consciência os conteúdos, lembranças ou afetos que causam sofrimento. Durante a análise cria obstáculos que dificultam o progresso do tratamento.
- **Transferência:** experiências psíquicas anteriores revividas durante a análise ao substituir uma pessoa anterior pela pessoa do analista ou psicoterapeuta.



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/delighted-cheerful-man-expressing-his-gratitude-gm656152078-119441785>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

Registro, prontuários e documentos clínicos – o registro das sessões de psicoterapia pode ocorrer de três maneiras: transcrição do áudio, anotações durante a sessão ou relato após a sessão. É inevitável pensar sobre o tipo de registro mais apropriado. Fernandes e Silva (2012) buscaram identificar o tipo de registro mais adequado para conhecer o material de sessões psicoterápicas. Usaram a gravação de **áudio, transcrição e relato**. Esses pesquisadores entenderam que o áudio permite assimilar nuances do tom de voz e a duração dos momentos de silêncio. No entanto, foi compreendido como cansativo, frio, extenso e emocionalmente distante. Benjamin (1991) indica o uso desse instrumento somente para a realização de pesquisas. No entanto, Fernandes e Silva (2012) observaram que o relato oferece as impressões do psicoterapeuta sobre o clima emocional da sessão, informação que entendemos de grande valia para conhecer além do que é comunicado pela fala. Para Silva et al. (2014), na prática, o usual são os **relatos de caso** registrados após a sessão psicoterápica.

Silva et al. (2014) afirmam que Klein e Freud não recomendavam fazer notas durante a sessão. Esses importantes psicanalistas acreditavam que os relatórios, ainda que exatos, não reproduziam a sessão tal como ocorrera.

A **Resolução 1/2009**, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), instrui sobre registro, prontuários, documentos clínicos e sigilo. Essa deliberação torna obrigatório o registro documental sobre a prestação de serviços psicológicos e o sigilo desse material. Essa resolução define **registro documental** como:

"[...] a necessidade de contemplar de forma sucinta a assistência prestada, a descrição e a evolução do processo e os procedimentos técnico-científicos adotados no exercício profissional; que o registro documental, além de valioso para o psicólogo, para quem recebe atendimento e para as instituições envolvidas, é também instrumento útil à produção e ao acúmulo de conhecimento científico, à pesquisa, ao ensino, como meio de prova idônea para instruir processos disciplinares e à defesa legal; [...]". (Resolução 1/2009, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), p. 1-3, grifos nossos)

Tal resolução indica ainda quais são as informações necessárias para compor o registro e garantir a continuação da psicoterapia por outro profissional, além de permitir o resgate dessas informações no futuro, a saber: (a) identificação do usuário/instituição; (b) avaliação de demanda e objetivos do trabalho; (c) evolução dos atendimentos; (d) registro de encaminhamento ou encerramento; (e) cópia de outros **documentos clínicos** produzidos pelo psicólogo, como: testes e/ou laudos.

Figura 1.6 | Prontuário



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/homem-no-psicoterapeuta-grm610262070-104743103>>. Acesso em: 1 abr. 2017.



Prontuários são os arquivos, físicos ou virtuais, cuja finalidade é registrar dados do paciente e a dinâmica psicoterápica ou evolução do caso.

A guarda do registro documental é de responsabilidade do psicólogo e/ou da instituição que prestou o atendimento, quando o atendimento não ocorreu em consultório particular.

Vale ressaltar que, quando o psicólogo trabalha em instituição e com equipe multidisciplinar, portanto, fora de seu consultório, é indicado que no prontuário conste somente o registro da avaliação psicológica e dados gerais (nome completo, filiação, telefone). O detalhamento do material aplicado (testes) e o conteúdo dos atendimentos devem ser resguardados ao psicólogo. Desse modo, devem permanecer fora do alcance de profissionais de outras áreas. Além disso, o psicólogo deve saber que os documentos clínicos precisam ficar à disposição dos Conselhos de Psicologia para orientação e fiscalização.

Outra determinação da Resolução 1/2009 é assegurar "ao usuário ou representante legal o acesso integral às informações registradas, pelo psicólogo, em seu prontuário". Deste modo, o paciente pode consultar seu prontuário e fazer cópias da documentação. A documentação de qualquer paciente deve ser guardada pelo período mínimo de cinco anos, tempo este que pode ser estendido nos casos previstos em lei, como ocorre na área da saúde, que tem por obrigação guardar o prontuário por no mínimo 20 anos.

A mudança de psicoterapeuta (ou de analista) geralmente ocorre em consequência do aumento das resistências. Essa experiência, via de regra, é marcada por sofrimento, ambiguidades e incertezas. Para Valdez e González (2010), mudar de terapeuta diminui o contato com os conflitos infantis e promove a dissolução da transferência.

A troca de terapeuta pode causar alívio momentâneo ao paciente, contudo esse processo não costuma ser marcado pela objetividade. Ao contrário, substituir um terapeuta por outro é um processo complexo. Se por um lado a relação terapêutica estava difícil, havia também sentimentos positivos envolvidos. Vale ressaltar que, ao ocupar o lugar do segundo psicoterapeuta, o profissional deve redobrar os cuidados éticos de modo a evitar ser enredado na

sedução do paciente, que, em um momento de desencantamento em relação ao terapeuta anterior, pode – em alguns casos – tentar manipular o psicoterapeuta atual para apoiar-lhe em condutas que julgou inadequadas por parte do terapeuta substituído. Na verdade, a mudança de terapeuta indica a importante dificuldade de o paciente entrar em contato com seus conflitos infantis, o que pode se repetir na nova psicoterapia.

O psicoterapeuta deve manter-se atento ao sentimento de **dependência na psicoterapia**. Quando isso ocorre, o trabalho não atingiu um importante objetivo: promover a autonomia do paciente para seguir sem a psicoterapia, mantendo o bem-estar adquirido ao longo desse processo. A dependência pode indicar fragilidade do ego, idealização da figura do terapeuta ou ainda comprometimento da saúde mental.

O ego integra conteúdos consciente e inconsciente. É a instância psíquica que analisa demandas e toma decisões a partir destas. Quando frágil, não consegue avaliar de modo adequado as demandas internas frente às sociais ou externas, o que explicaria sentir-se dependente da psicoterapia para administrar o cotidiano. Em relação à idealização, trata-se de um processo psíquico que eleva as qualidades do sujeito à perfeição. Portanto, se o psicoterapeuta é percebido desta forma, o paciente tende a sentir-se incapaz de fazer frente a este, o que restringe a autonomia para tomar decisões. Na psicoterapia psicanalítica, o manejo da transferência será decisivo para minimizar a idealização do terapeuta. Por fim, pacientes com comprometimento psíquico tendem a desenvolver dependência em relação ao outro, incluindo o processo de psicoterapia. Todos esses comportamentos devem ser tratados por meio de técnicas que promovam o fortalecimento do ego, ou seja, do próprio paciente.

Alta: uma questão polêmica – é importante ter clareza de que não existe um momento ideal, tampouco perfeito, para encerrar uma psicoterapia. A alta em psicoterapia é um tema explorado por distintas compreensões. Freud (1937) afirmou que a análise é terminável quando ocorre a dissolução da transferência e dos principais sintomas e angústias do paciente. Do contrário, torna-se interminável diante da impossibilidade de o inconsciente tornar-se totalmente consciente. Deste modo, a análise, assim como a psicoterapia, é encerrada, mas não concluída. Se a dupla terapêutica entende necessário ou

oportuno, poderá continuar o processo e explorar outros conteúdos psíquicos inconscientes.

Como mencionado, não há unanimidade em torno dos indicadores do término de uma psicoterapia ou análise. Contudo, para Etchegoyen (1989 apud BONFIM; VIZZOTTO, 2013), um bom indicativo para conceder alta ao paciente é quando o psicoterapeuta observa: (a) diminuição da importância dos sintomas anteriormente associados à causa do sofrimento do paciente; (b) redução da intensidade e da frequência de tais sintomas e das atitudes que se manifestavam diante destes; (c) progresso na vida sexual; (d) mudança nas relações familiares; (e) eliminação de conflitos nas relações sociais, (f) incorporação de novas qualidades e moderação das que tinha em excesso; e, por fim, (g) diminuição da angústia e da culpa.

A alta está diretamente associada à aquisição do insight. A partir da aquisição do insight o paciente superará as ansiedades persecutórias (KLEIN, 1950 apud BONFIM; VIZZOTTO, 2013).

Um bom processo psicoterápico não se encerra, afinal, uma vez desenvolvida a capacidade de o paciente pensar sobre seu funcionamento psíquico, levará consigo a sensibilidade de associar sentimentos com fatos que ocorrerão em seu cotidiano e, deste modo, manterá a análise ou a psicoterapia presente em sua mente.



Refleta

A psicoterapia promove um crescimento de ordem pessoal, marcado pelo aumento da intimidade do paciente com sua própria personalidade e com o modo de lidar com seus recursos e inquietações. Deste modo, essa aquisição manterá as propriedades da psicoterapia após a alta.

Sem medo de errar

Para Gislene apresentar a João Victor o que é uma psicoterapia, faz-se importante iniciar o assunto percorrendo sobre o surgimento dessa atividade. Em seguida deve-se contextualizar a psicoterapia na atualidade e a formação do psicoterapeuta. Também é necessário enfatizar os primeiros recursos abordados na psicoterapia, como:

entrevista inicial, *rapport*, contrato terapêutico, registro das sessões e a importância do sigilo.

Avançando na prática

“Vai devagar, devagarinho”

Descrição da situação-problema

Gislene, a estagiária de Psicologia, recebeu um paciente na clínica-escola. Após realizar a primeira entrevista, recorreu a Matheus (o aluno do 10º semestre de Psicologia, que é assistente da disciplina Estágio Clínico) para ajudá-la nesse atendimento. A paciente é Clarice, uma jovem de 26 anos que interrompeu sua psicoterapia anterior, porque, em suas palavras, “o psicólogo só se preocupava em me fazer sofrer. Insistia em mostrar coisas sobre as quais não quero pensar.” A paciente avisa a Gislene que está falando tudo isso, porque não quer repetir essa experiência, uma vez que veio para aprender a ser feliz, e não para sofrer e se angustiar.

Resolução da situação-problema

Matheus entende que a melhor forma de preparar Gislene para atender Clarice é ajudando a entender a paciente a partir de seu relato inicial. A propósito, vale lembrar que a entrevista inicial se propõe conhecer as condições mental, emocional e material do paciente, além de entender o motivo que o levou a buscar psicoterapia. Serve ainda para que o psicoterapeuta, ao conhecer tais condições, entenda se está apto e se se sente confortável para receber o paciente e suas singularidades. Foi exatamente o que Gislene fez ao recorrer a Matheus: buscou preparar-se para esse atendimento. Outro aspecto importante é Gislene não se apressar em relação à entrevista inicial. Ao contrário, deve fazer quantas entrevistas forem necessárias para compreender a história da paciente, ou seja, conhecer além da queixa apresentada inicialmente: o fracasso da terapia anterior.

Como vimos, a mudança de psicoterapeuta geralmente ocorre em consequência do aumento das resistências, o que Clarice evidencia em seu discurso inicial ao dizer “o psicólogo só se preocupava em me fazer sofrer. Insistia em mostrar coisas sobre

as quais não quero pensar.” A tentativa de fugir do contato com tais sentimentos e lembranças, no entanto, não assegura que poderá permanecer sempre nessa condição, pois esses conteúdos estão ativos em seu interior. A troca de terapeuta pode causar, no máximo, alívio momentâneo ao paciente à medida que diminui o contato com os conflitos infantis e promove a dissolução da transferência.

Quando a paciente disse não estar disposta a repetir tal experiência, fez entender que antes de voltar a se deparar com os conteúdos que provocam seu sofrimento é necessário construir o *rapport*, pois a relação entre paciente e psicoterapeuta deve ser forte o suficiente para aguentar as resistências. De acordo com Oliveira (2005), *rapport* refere-se às relações pontuadas pela harmonia, tranquilidade, serenidade e empatia. Inclui cordialidade, afetuosidade, confiança, apreço e respeito mútuo. Quando o *rapport* foi estabelecido, entende-se que o contato foi marcado por empatia e confiança. É uma condição essencial no início do trabalho clínico, porque favorece a construção do vínculo ou aliança terapêutica. Portanto, o início da psicoterapia de Clarice deve voltar-se para a relação transferencial, o que se inicia pelo *rapport*.

Faça valer a pena

1. Lopes (2015), em sua dissertação de mestrado, afirma que: “O *setting* tem acompanhado as várias evoluções técnicas atravessadas pelas teorias psicanalíticas desde as clássicas como o divã, até às mais recentes influenciadas pela necessidade de uma abrangência amplificada do indivíduo em tratamento, como as crianças, adolescentes e indivíduos de *self* fragmentado e funcionamento dissociativo e regressivo (COUTO; FARATE, 2013) [...] Ao longo dos anos e com a experiência clínica acumulada, começou-se a entender a importância da dinâmica que o *setting* apresentava, pois a experiência com os pacientes demonstrava o valor do *setting* enquanto instrumento funcional, e imprescindível da terapia, sendo objeto, por isso, de uma maior atenção e estudo (GOLDSMITH, s.d.).”

Sobre as mudanças no *setting* podemos afirmar que:

- a) Intensificam a alegria e a onipotência do paciente.
- b) Diminuem a segurança do psicoterapeuta em relação aos resultados almejados.
- c) Reforçam a certeza do psicoterapeuta em relação ao sucesso de seu trabalho.
- d) Mobilizam angústias ou insegurança do paciente.
- e) Levam o paciente a questionar o objetivo do trabalho.

2. Imagine que Raul, de 19 anos de idade, decidiu fazer psicoterapia. Sua mãe o indicou à Dra. Célia Regina, uma ex-colega de trabalho que tem ótimos resultados com jovens. No último ano, Raul distanciou-se dos pais, passou a falar pouco com seus familiares e evita reuniões de família. Decidiu seguir uma carreira que seus pais não apoiam e teme punições por isso. Até o momento, guarda sua escolha profissional em segredo, o que tem-lhe causado intenso sofrimento.

Considerando esse contexto, como Dra. Célia Regina deve abordar o sigilo da psicoterapia com Raul?

- a) O sigilo não deve ser tratado até Raul sentir confiança na psicoterapeuta.
- b) O sigilo não será abordado até Raul demonstrar a necessidade de falar sobre isso.
- c) O sigilo se restringe ao Código de Ética. Na prática não costuma ser importante.
- d) O sigilo é sempre uma preocupação restrita ao psicólogo.
- e) O sigilo deve ser assegurado a Raul desde a primeira entrevista.

3. “A revolução tecnológica iniciada no século XX, comenta Rodrigues et al. (2001), vem ocasionando profundas modificações nas empresas, principalmente no que tange ao planejamento, a gestão da tecnologia da informação e aos sistemas de informação. No caso das unidades de saúde, por exemplo, a integração rede de telecomunicação, computadores, informação on-line e dados a respeito de pacientes está voltada para uma melhora significativa nos serviços prestados e nas decisões das empresas que promovem a saúde no mundo [...]. Nos últimos anos, salientam Rodrigues et al. (2001, p. 110), as organizações hospitalares têm se preocupado com a integração de dados administrativos e dados clínicos, como forma desejável e necessária ao seu bom funcionamento.” (RODRIGUES et al., 2001, p. 110). Em relação ao prontuário, é correto afirmar que:

- a) Refere-se aos arquivos, físicos ou virtuais, cuja finalidade é registrar dados do paciente e a dinâmica psicoterápica.
- b) Permite somente o registro de dados do paciente e da dinâmica psicoterápica em papel, porque precisa ser impresso e arquivado no local onde ocorreu o atendimento.
- c) Com o surgimento da internet, os prontuários passaram a ser arquivados exclusivamente em meios eletrônicos, porque as instituições de saúde se modernizaram.
- d) No Brasil, os prontuários virtuais ainda não são permitidos pelo Código de Ética, porque não garantem o sigilo do material registrado.
- e) Os dados do paciente precisam ser registrados e assinados pelo psicoterapeuta que atende o caso. Por isso, obrigatoriamente, devem ser escritos à mão.

Referências

- BARRETO, M.; BARETTA, J. A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 12, n. 12, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/3eoz4B>>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- BARROS, G. O *setting* analítico na clínica cotidiana. **Estud. Psicanal.**, Belo Horizonte, n. 40, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200008>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- BONFIM, T.; VIZZOTO, M. A finalização do processo psicoterapêutico. **Psicólogo Informação**, ano 17, n. 12, jan./dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v17n17/v17n17a12.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2017.
- BORIS, G. D. Versões de sentido: um instrumento fenomenológico-existencial para a supervisão de psicoterapeutas iniciantes. **Psicol. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000100011>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução nº 01/09 de 14 de setembro de 2009**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017
- _____. **Código de Ética Profissional**. 2005. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- _____. **Resolução nº 010/00 de 20 dezembro de 2000**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- _____. **Pesquisa de opinião com psicólogos inscritos no Conselho Federal de Psicologia**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/05/Pesquisa_IBOPE.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- _____. **Dúvidas frequentes sobre o tema psicoterapia**. Brasília, [s.d.]. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/contato/psicoterapia/>>. Acesso em: 18 fev. 2017.
- CORDIOLI, A. V. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- D'ACRI, G. Reflexões sobre o contrato terapêutico como instrumento de autorregulação do terapeuta. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 15, n. 1, p. 42-50, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2017.
- DIAS, H. M.; BERLINCK, M. T. Contratransferência e enquadre psicanalítico em Pierre Férida. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200014>. Acesso em: 1 abr. 2017.
- FERNANDES, P.; SILVA, M. O áudio, a transcrição e o relato como formas de registro da

sessão de psicoterapia psicanalítica. In: **Salão de Iniciação Científica**, UFRS, Porto Alegre, RS, out. 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/65142>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. 23.

JUNG, S. I. et al. Desistência e conclusão em psicoterapia psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil. **RB Psicoterapia**, v. 17, n. 1, abr. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/cd7ODS>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

LOPES, J. F. N. **Manejo do setting terapêutico, sentimentos contratransferenciais e características dos pacientes**: interação e influência recíproca. 2015, 33 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/514/1/Joana%20Lopes.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

MEIRA, C.; NUNES, M. L. Psicologia clínica, psicoterapia e o estudante de psicologia. **Paidéia**, v. 15, n. 32, 2005, p. 339-343. Disponível em: <<http://anakarkow.pbworks.com/w/file/etch/99352575/psicoterapeuta.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

MEZAN, R. Psicanálise e psicoterapias. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 10, n. 27, maio/ago. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141996000200005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 6 fev. 2017.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção de saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2007, v. 27, n. 4, p. 608-621. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a04>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

MOREIRA, L. M.; ESTEVES, C. S. **Revisitando a teoria do setting terapêutico**. 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0628.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2017.

MORGADO, E. C. **Eficácia em psicoterapia**: mudança estrutural: estudo empírico. 2012. 37 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – ISPA – Instituto Universitário, [S.l.], 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2608>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

NASCIMENTO, R. D.M.; MORAES, M. A. V. Contrato terapêutico grupal desenvolvido no laboratório de ansiedade e depressão: relato de experiência. **NUFEN**, São Paulo, v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000200002>. Acesso em: 2 abr. 2017.

NEUBERN, M. S. Hipnose e psicologia clínica: retomando a história não contada. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 346-354, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v19n3/a02v19n3.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017. Acesso em: 2 abr. 2017.

OLIVEIRA, J. de et. al. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia ciência e profissão**, v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a04>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

OLIVEIRA, M. F. **Entrevista psicológica**: o caminho para aceder o outro. 2005. 37 f.

Monografia (Licenciatura em Psicologia) - Universidade do Porto, Lisboa, 2005. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0031.PDF>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

OSÓRIO, L. C. **Novos paradigmas em psicoterapia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

PEREIRA, F.; PEREIRA NETO, A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%OD/pe/v8n2/v8n2a02.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

RESENDE, V. R. Refletindo sobre a formação do psicoterapeuta. In: MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A.; SIMON, C. P. (Orgs). **Formação em psicologia: serviços-escola em debate**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 433-442.

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia: teorias e técnicas psicoterápicas**. 2. ed. São Paulo: Summus, 2013.

RODEGHERI, V. L. **A psicoterapia em 23 periódicos nacionais: uma contribuição à história da psicologia no Brasil**. 2011. 387 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Programa de estudos pós-graduandos em Psicologia Social, Universidade Católica de São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/16953/1/Vera%20Lucia%20Rodegheri.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

RODRIGUES FILHO, J.; XAVIER, J. C. B.; ADRIANO, A. L. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. **Ver. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 5, n. 1, jan./abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65552001000100007&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 3 abr. 2017.

SILVA, E. R. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. **Psic. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000400009&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 23 fev. 2017.

SILVA, M. R. et al. Registros de sessão terapêutica: relato, gravação ou transcrição? Considerações sobre as diferenças entre os registros. **Psicol. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200008>. Acesso em: 2 abr. 2017.

SIMON, R. A psicoterapia no século XXI: possibilidades, novas perspectivas, desafios. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6696/5277>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

SOARES, M. L. P. O estado da arte psicoterapêutica: evolução histórica e bases epistemológicas da psicoterapia. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 3, n. 1, p. 462-475, 2011. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/download/89/82&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

TEIXEIRA, R. Repensando a psicologia clínica. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 12-13, fev./ago. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1997000100005>. Acesso em: 26 fev. 2017.

VALDEZ, M. P.; GONZÁLEZ, V. Un nuevo comienzo: cambio de analista... para devenir analista. **Revista de Psicoanálisis**, n. 10, set. 2010. Disponível em: <http://ocal-candidatos.org/relocal/Revista_OCAL_2010.pdf#page=32>. Acesso em: 7 abr. 2017.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Modalidades em psicoterapia

Convite ao estudo

Prezados alunos,

Estamos iniciando mais uma unidade de ensino. Sua participação será fundamental para obter êxito e assimilar com tranquilidade os novos conteúdos. A aquisição desses conteúdos contribuirá significativamente para sua formação em psicologia. Portanto, dedique-se ao autoestudo da disciplina e recorra às atividades indicadas para antes, durante e após cada aula.

Agora conheça mais um contexto elaborado para enriquecer sua aprendizagem. A clínica-escola da Universidade Sigmund Freud disponibilizou para atendimento a ficha de Tatiana, uma garota de 8 anos. Filha única de pais que têm brigado com frequência. No calor das discussões verbalizam que o melhor para a família é a separação. O pai gosta de sair com os amigos após o trabalho e retorna para casa, geralmente, após as 23h. Sua esposa, a mãe de Tatiana, sente ciúme e solidão. Diz tomar as decisões sobre a casa e a educação da filha sem contar com a participação do marido. A queixa registrada na ficha de Tatiana é que ela tem sonhado com frequência que está sendo abandonada por seus pais. Diz que no sonho tanto o pai quanto a mãe contraem segundas núpcias e seus cônjuges não a aceitam, portanto, Tatiana fica sem ter onde morar. Todas as noites acorda aos prantos, logo depois que sonha. Além disso, seu rendimento escolar caiu significativamente.

Seção 2.1

Modalidades em psicoterapia I

Diálogo aberto

Nesta seção, serão apresentados o conceito de psicoterapia individual e a forma como essa atividade clínica deve ser conduzida, tanto com crianças quanto com adultos. Você verá que a postura acolhedora do psicoterapeuta é essencial para que um vínculo de confiança seja construído e, deste modo, o paciente tenha mais facilidade para expressar suas angústias. Conhecerá os principais recursos ou técnicas por meio dos quais a criança interage com o psicoterapeuta na expressão de seu mundo interno. Compreenderá ainda qual é o papel dos pais na psicoterapia infantil.

Tais conceitos devem ser aplicados para solucionar a situação-problema apresentada nesta seção. Vamos retomá-la: os pais de Tatiana a levaram à clínica-escola e relataram suas queixas: medo do abandono e de perder espaço junto aos pais diante da nova configuração familiar. Contudo, o psicólogo precisa conhecer mais sobre Tatiana e sua dinâmica familiar. Ajude-o a estruturar o atendimento dessa paciente.

Não pode faltar

A psicoterapia individual voltada ao adulto centra-se nas questões intrapsíquicas do sujeito. Na atualidade é o recurso psicoterápico mais utilizado na área clínica. Nessa proposta de trabalho tanto psicoterapeuta quanto paciente têm participação ativa na busca de mudanças do funcionamento psíquico e da resignificação de experiências anteriores. Esse caminhar a dois, pelas vias da subjetividade e da história de vida do paciente, requer uma postura acolhedora, sem julgamentos e que indique confiança na figura do psicoterapeuta.

O adulto que procura psicoterapia o faz em um momento de dor psíquica, ou angústia. Nesse momento percebe-se enredado por uma situação que lhe causa sofrimento e não consegue identificar um desfecho adequado ou ainda compreendê-la de forma ampla e

clara. Portanto, é necessário um desconforto psíquico ou emocional para mobilizar a procurar o psicoterapeuta.

A psicoterapia individual de adulto ocorrerá tendo a fala do paciente e a escuta do psicoterapeuta como os recursos centrais rumo ao desenvolvimento dessa relação. Gastaud (2013) defende que quando o paciente tem consciência de seu desejo de mudar melhor será o prognóstico (ou o desenvolvimento) da psicoterapia. No entanto, a autora ressalta que o psicoterapeuta deve manter-se atento à motivação inconsciente para enfrentar a resistência e prosseguir com a psicoterapia. O manejo da resistência tem importante papel no desfecho do vínculo estabelecido entre paciente e psicoterapeuta.

De acordo com Keidann; Dal Zot (2005 apud GESTAUD, 2013, p. 32), a motivação do paciente para a psicoterapia pode ser avaliada pelos seguintes critérios: (1) busca espontânea por tratamento; (2) reconhecimento da natureza psicológica dos sintomas; (3) tendência à introspecção e relato honesto e verdadeiro; (4) participação ativa no processo de tratamento; (5) responsabilidade de mudar as dificuldades que enfrenta; (6) expectativas realistas em relação à psicoterapia; (7) disposição para investir tempo e dinheiro no tratamento. Além disso, a autora enfatiza que a capacidade de controlar impulsos, de abstração e insight, de tolerância à frustração, etc., será determinante para a adesão à psicoterapia.

Já para o psicoterapeuta Nasio (1999), o processo deve ser reproduzir a doença, para em seguida conseguir eliminá-la. Contudo, o autor alerta que esse meio é relativamente perigoso, porque aumenta a doença em níveis tão severos que pode tornar-se um entrave para a continuidade da psicoterapia. A propósito, podemos dizer que o termo doença pode ser substituído por queixa, afinal, não somente os enfermos ou pessoas com alguma psicopatologia procuram uma psicoterapia.

A frequência da psicoterapia varia de acordo com a formação do psicoterapeuta. Na psicoterapia psicanalítica, geralmente varia de uma a duas vezes por semana para casos comuns (as neuroses) e de três a cinco vezes semanais para casos graves, como psicoses, fobias intensas, ansiedade, luto, anorexia aguda entre outros transtornos alimentares. Também se aplica a pessoas que dispõem de um processo de psicanálise clássico, portanto, mais profundo, com o propósito de conhecer ampla e exaustivamente os conteúdos inconscientes

que mantêm o comportamento atual do sujeito. Essa modalidade de tratamento é requisitada aos psicanalistas em formação pela Sociedade de Psicanálise (órgão que mantém a formação clássica deixada por Freud) e tem o nome de análise didática. As demais correntes teóricas costumam adotar uma sessão semanal.

A escolha do psicoterapeuta geralmente ocorre por meio de indicação de amigos ou familiares que fazem psicoterapia ou já passaram por essa experiência. Além disso, os pacientes que viabilizam suas terapias por meio de um plano de saúde costumam escolher entre os associados de seu plano o profissional mais próximo de seu trabalho ou residência. Cada paciente, em função de sua personalidade, terá mais facilidade para responder a determinado tipo de abordagem. No entanto, isso geralmente é descoberto após o início do tratamento.



Reflita

Se o paciente não tem conhecimento apropriado para reconhecer o tipo de psicoterapia adequado para sua estrutura de personalidade, como evitar que as pessoas iniciem e em seguida interrompam um tratamento ao notarem que o modo como está sendo conduzido não lhe inspira confiança?

A infância é o período da vida marcado por significativas aquisições que favorecem o desenvolvimento, físico e psíquico, e a autonomia do sujeito. Essa fase marcada por importantes ganhos, contudo, pode ser pontuada também por dificuldade e sofrimento. Quando isso ocorre, faz-se importante recorrer à ajuda especializada.

A ludoterapia é a modalidade de psicoterapia voltada à criança. É mediada por recursos lúdicos, como o brinquedo e os jogos. De acordo com Rocha; Barreto (2015), o objetivo da psicoterapia infantil (a ludoterapia) é oferecer à criança a capacidade de resolver seus problemas de modo saudável, permitindo não se sentir pressionada para mudar ou agir de acordo com o outro, mas segundo ela mesma. Para Cavalcante (2014), a ludoterapia é um recurso para a investigação da constituição psíquica da criança, em especial para compreender a projeção e as fantasias inconscientes expressas por meio do brincar.

Ao longo da história da psicologia clínica foi marcada a diferença entre **psicoterapia** e **psicodiagnóstico**. Tradicionalmente o diagnóstico tradicional tinha exclusivamente o interesse na investigação da

estrutura de personalidade. Já a psicoterapia tinha como propósito oferecer recursos para ampliar a compreensão sobre a dinâmica psíquica, o que na psicanálise ocorre por meio da interpretação. Recentemente, Ancona-Lopez (2002 apud ROCCO; SANTOS, 2016) aponta que, na atualidade, ao colher dados, o psicólogo organiza seu raciocínio clínico e organiza o processo psicoterápico que promoverá mudanças. Portanto, a ideia de mudança não mais se restringe à psicoterapia; está também ao alcance do psicoterapeuta no momento do psicodiagnóstico. Nas palavras de Rocco; Santos (2016, p. 94), “a prática denuncia que toda atuação psicológica possui uma ação terapêutica.” Esse processo foi nomeado psicodiagnóstico interventivo. Donatelli; Lopes (2015 apud ROCCO; SANTOS, 2016) defendem que o paciente, assim como seus pais, complementa, orienta e até retifica as sinalizações do psicólogo. Com isso, passa a se comportar como membro ativo no psicodiagnóstico.

A psicoterapia infantil tanto pode ocorrer individualmente como em grupo. No segundo caso, faz-se necessário adicionar alguns cuidados, como: selecionar atentamente as crianças aptas a beneficiar-se dessa modalidade e assegurar a harmonia das características das crianças que comporão o grupo (GONÇALVES, 2009).

A brincadeira é uma linguagem universal e assinala o ambiente natural da criança. “O brincar promove o crescimento e, assim, a saúde. Conduz aos relacionamentos grupais e é uma forma de comunicação na psicoterapia” (WINNICOTT, 1975, p. 49).

O brinquedo é usado para fazer associações e, desse modo, comunicar e compreender os conteúdos psíquicos. Winnicott ([s.d.], p. 49) afirma que “a característica do brinquedo é o prazer”. Esse autor compreende que, no primeiro momento, o brinquedo é uma elaboração da imaginação ou uma atividade criativa do bebê e da criança pequena em relação à figura materna. Desse modo, funciona como um substituto materno. Em seguida, passa a ser uma expressão de relacionamentos e ansiedades internas, o que Winnicott ([s.d.]) diz ser a expressão de identificação com pessoas, objetos e animais.

Figura 2.1 | O brinquedo



Fonte: <<https://goo.gl/2su189>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

A psicanalista Melanie Klein contribuiu fortemente para a adoção da ludoterapia. De acordo com Klein (1981), assim como o sonho, o brinquedo é uma importante via de expressão da criança. Para essa autora, enquanto forma de expressão dos conteúdos inconscientes, o brinquedo está para a criança como o sonho está para o adulto. Klein percebeu que “o brincar da criança poderia representar simbolicamente suas ansiedades e fantasias” (SEGAL, 1975 apud GONÇALVES, 2009, p. 15).

Tanto o brinquedo quanto os jogos têm a capacidade de despertar na criança o desejo de interação. Via de regra, promove uma atividade prazerosa e, em algumas situações, é utilizado para competir ou expressar agressão. Winnicott ([s.d.]) afirma que o brinquedo tem uma função essencial na expressão da agressão e da destrutividade. Nessas situações a criança pode destruir ou restaurar; ferir e consertar; sujar e limpar; matar e ressuscitar o brinquedo, como uma maneira de expressar sua ambivalência em relação ao objeto. Na ludoterapia, por meio do brinquedo, dos jogos e dos desenhos, a criança expressa aspectos de sua personalidade, comunica suas experiências, fantasias, medo e expectativas.



Fonte: <<https://goo.gl/cKHtci>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

De acordo com Castro; Campezarro; Saraiva (2009 apud GONÇALVES, 2009), **a psicoterapia infantil ocorre a partir de um processo organizado em quatro fases:** fase de avaliação; fase inicial; fase intermediária, e; fase final, a seguir:

(1) Fase de avaliação: o psicoterapeuta tem o primeiro contato com a criança e seus pais ou responsáveis. Passa a conhecer os aspectos gerais da vida da criança, seu funcionamento psíquico e a estrutura familiar. Nessa fase, recomenda-se ao psicoterapeuta investigar as condições da família, respeitar as condições necessárias para a realização do trabalho, como: levar e buscar a crianças nos horários acordados, comparecer às entrevistas solicitadas, cumprir com os pagamentos dos honorários, além de outros aspectos do contrato (STÜRMER, 2009).

(2) Fase inicial: começa com o encontro com os pais. É o momento de aplicar a anamnese, ou seja, investigar a história de vida da criança, começando pela gravidez. Na sequência, vem o encontro com a criança e a realização da **hora do jogo diagnóstica** ou psicodiagnóstico. Deve-se observar o modo como a criança brinca para então entender a queixa trazida pelos pais. Geralmente

é realizada em cinco sessões. Ao final desses encontros os pais são chamados novamente para uma entrevista devolutiva. Essa entrevista tem por objetivo informar os sintomas e entendimento psicodinâmico da criança (BERNHOLDT, 1989 apud GONÇALVES, 2009). Entre os aspectos importantes dessa fase encontra-se o modo como a criança é tratada. Esta deve ser tratada como a pessoa central desse processo, mesmo tendo os pais como responsáveis. Desse modo, o motivo que a levou à psicoterapia deve ser apresentado à criança, respeitando o grau de compreensão e a linguagem ao seu alcance.



Assimile

A hora do jogo diagnóstica (ou hora do jogo) é o brincar livremente e espontâneo da criança em um determinado contexto. Seu objetivo é diagnosticar a estrutura psíquica da criança. Surgiu com Aberastury, em 1992, ao observar que a criança representa seus conflitos básicos, suas principais defesas e fantasias por meio do brinquedo. Em suma, a hora do jogo é uma entrevista diagnóstica que possibilita a compreensão do funcionamento mental da criança (ARAÚJO, 2007).

Como todo início de psicoterapia, na ludoterapia a fase inicial também é determinante para a formação do vínculo entre a díade paciente-psicoterapeuta. É comum a criança intercalar momentos de timidez com outros mais expansivos quando, por meio do brinquedo, revelará algum aspecto de sua vida. Posteriormente, a criança passa a entender que determinadas atividades psíquicas são originadas no seu interior e, desse modo, reconhece seu mundo interno. Segundo Castro; Campezarro; Saraiva (2009 apud GONÇALVES, 2009) não há um número de sessões determinado para essa fase. O que se faz relevante é a criança desenvolver familiaridade com o processo psicoterápico, além de ser capaz de identificar e elaborar conflitos.

(3) Fase intermediária: geralmente é a fase mais longa do processo psicoterápico. Além de dar prosseguimento aos processos de elaboração de conflitos, seguidos da interpretação do psicoterapeuta, é comum surgirem novos aspectos da vida da criança, além dos que levaram a buscar a ludoterapia. Em alguns casos, nessa fase o psicoterapeuta identifica a necessidade de orientar pais e figuras importantes na vida da criança, como avós e babás, entre outros.

Tais orientações instruem sobre a forma como devem lidar com determinados comportamentos da criança (KERNBERG, 1999 apud GONÇALVES, 2009).

(4) Término: a fase final da psicoterapia infantil tem seu início quando psicoterapeuta e paciente começam a tratar a alta. Kernberg (1999 apud GONÇALVES, 2009) alerta para a importância dessa fase, visto que essa experiência refletirá em termos que virão pela frente. Desse modo, faz-se relevante elaborar o luto pelo fim da psicoterapia, identificar ganhos obtidos nesse processo, entre outros aspectos (SARAIVA, 2009 apud GONÇALVES, 2009). Portanto, antes de propor o término da terapia, o psicólogo deve avaliar se de fato a criança está fortalecida o suficiente para encerrar sua psicoterapia.

O psicoterapeuta infantil pode lançar mão de outros recursos além da hora do jogo diagnóstica. Os recursos mais utilizados na fase inicial da psicoterapia, ou seja, quando o psicodiagnóstico é realizado, são: a caixa lúdica; o jogo do rabisco; os desenhos-estórias, além dos testes psicológicos, quando necessário.

1. Caixa lúdica: trata-se de uma ferramenta diagnóstica muito utilizada em psicoterapia infantil no Brasil. Tradicionalmente é uma caixa de madeira com tranca (cadeado) que contém material para desenhar, jogar e brincar, como: cola, tesoura, família terapêutica, papel branco e lápis. Permite à criança criar, repetir, gerar e expressar angústias a partir do modo como manipula esses objetos (LEITE, 2016). A caixa lúdica oferece excelentes resultados, uma vez que, ao perceber as reações manifestadas, o psicoterapeuta pode dirigir a brincadeira de modo a amenizar os conflitos internos que se pronunciaram (COSTA, 2010 apud LEITE, 2016).

2. Jogo do rabisco: esse recurso é aplicado na primeira entrevista com a criança e pode prosseguir por mais duas sessões, quando o psicoterapeuta julgar necessário. Winnicott (2005) chamou essa entrevista de **consulta terapêutica** com o objetivo de distingui-la da psicoterapia e da psicanálise. O psicanalista ressalta que essa técnica não é um teste psicológico, pois no jogo do rabisco o terapeuta participa quase tanto quanto a criança. Diz que é um jogo sem regras. Winnicott (2005, p. 232 apud ARAÚJO, 2007, [s.p.]) descreve a aplicação do jogo:

Em um momento adequado, após a chegada do paciente [...] digo à criança: Vamos jogar alguma coisa. Sei o que gostaria de jogar e vou lhe mostrar. Há uma mesa entre a criança e eu, com papel e dois lápis. Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente importante, e então começo a explicar. Digo: Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim. [...] e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco.

Uma sessão produz em torno de 20 a 30 desenhos. À medida que os desenhos são feitos, mostram-se mais significativos. Expressam conflitos, medos e angústias da criança (ARAÚJO, 2007).

3. Desenhos-estórias: deve ser aplicado individualmente, em um ambiente silencioso, confortável e com iluminação adequada. Utilizam-se folha de papel em branco, lápis preto nº 2 e caixa de lápis de cor com 12 unidades. A criança é convidada a sentar-se em uma mesa com o examinador à sua frente. Disponibiliza-se uma folha de papel, espalham-se os lápis sobre a mesa e solicita-se um desenho livre, iniciando uma série de cinco desenhos-estórias. Ao concluir cada um deles, o psicoterapeuta pede que a criança dê um título e conte uma história associada ao desenho. Em seguida inicia-se o inquérito. Solicita-se à criança qualquer esclarecimento necessário para aprofundar o entendimento dos desenhos (TRINCA 1987 apud PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013). Para este autor, o desenho associado à história contada pela criança se configura como estímulo. Define-se como um instrumento com características próprias e favorece a obtenção e a reunião de informações a respeito dos pacientes. Contribui para ampliar o conhecimento da personalidade da criança (PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013).

Em relação à **duração da ludoterapia** não há consenso na literatura. No entanto, é importante observar **alguns cuidados em relação ao término desse processo**. Coppolillo (1990 apud GONÇALVES, 2009)

reforça a necessidade de o psicoterapeuta discutir a alta tanto com a criança quanto com seus pais para certificar-se de que todos estão de acordo. Entendemos que quando há divergência nesse sentido é necessário repensar a questão e preparar a parte resistente para o encerramento da psicoterapia. Na psicoterapia psicanalítica três critérios são observados em relação à criança para a concessão da alta: (1) o alcance dos objetivos levantados no início do tratamento; (2) se a personalidade está integrada; (3) a diminuição do uso de mecanismos de defesa. Além disso, para Castro (1989 apud PAEZ, 2013), faz-se necessário observar também se houve importante melhora nas relações familiares e em relação às demais pessoas de seu convívio; bom desempenho escolar e a dissolução da transferência estabelecida com o psicoterapeuta.

A frequência da psicoterapia infantil é influenciada pela formação do psicólogo, pois as abordagens teóricas divergem nesse sentido. Além disso, é importante observar a disponibilidade para levar e buscar a criança e a disponibilidade financeira para pagar o tratamento, principalmente quando é solicitada mais de uma sessão por semana. A psicoterapia psicanalítica trabalha usualmente com duas sessões semanais e adota um número maior de sessões quando se trata de criança com diagnóstico de psicose.



Pesquise mais

Há vários recursos a serem aplicados durante o psicodiagnóstico. A caixa lúdica é uma técnica muito importante nesse contexto, como demonstrado no artigo indicado a seguir:

LEITE, R. F. Caixa lúdica e novas tecnologias. **Estud. Psicanal.**, Belo Horizonte, n. 45, jul. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372016000100015>. Acesso em: 29 abr. 2017.



Fonte: <<https://goo.gl/oS2Wb5>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

A adolescência é uma fase do ciclo vital marcada por intensas mudanças. A forte carga hormonal recebida provoca alterações físicas e comportamentais. A redefinição do papel social, as cobranças familiares (geralmente relacionadas à escolha da formação profissional ou iniciação no mundo do trabalho, comum nas classes de baixa renda), além da consolidação da identidade, desencadeiam intensas vivências, tanto de ordem psíquica quanto emocional.

Na contemporaneidade, o conceito de adolescência ganhou contornos históricos e passou a ser discutido de forma mais ampla. Segundo Ozella (2006, p. 16):

O jovem não é algo por natureza. São características que surgem nas relações sociais, em um processo no qual o jovem se coloca inteiro, com suas características pessoais e seu corpo. Como parceiro social, está ali, com suas características que são interpretadas nessas relações, tendo um modelo para sua construção pessoal. É importante frisar que o subjetivo não é igual ao social. Há um trabalho de construção realizado pelo indivíduo e há um mundo psíquico de origem social, mas que possui uma dinâmica e uma estrutura própria.

”

Dado esse contexto, a importância da psicoterapia do adolescente reside em proporcionar um espaço para a busca de si mesmo, um meio para conseguir lidar de modo adequado com o sofrimento psíquico, seus questionamentos e o enfrentamento das contradições entre o desejo e o medo de crescer, assumir responsabilidades, conquistar autonomia em relação aos pais e ocupar um espaço no grupo social.

Verceze; Sei; Braga (2013 apud SEI; ZUANAZZI, 2016) entendem que o adolescente e seus pais têm visões distintas em relação à demanda de psicoterapia. Os pais priorizam aspectos relativos ao comportamento e ao desempenho escolar. Os adolescentes reconhecem que suas dificuldades circundam questões de ordem emocional, o que não raro provoca um quadro depressivo.

Ao chegar à psicoterapia o adolescente vem munido de resistência e defesas, o que pode tornar o estabelecimento do vínculo com o psicoterapeuta uma tarefa árdua. Castro e Timmen (2009) apontam importante contradição no processo psicoterápico, como: vincular-se ao psicoterapeuta em uma fase em que conseguir autonomia e independência são centrais.

A contradição entre querer e resistir à psicoterapia geralmente vem acompanhada da desconfiança relativa ao sigilo de seus relatos. Isso pode ser justificado pela participação dos pais nesse processo. Os pais sugerem a psicoterapia e fazem o primeiro contato com o psicólogo, gerando no adolescente desconfiança na figura do psicoterapeuta. Contudo, superada essa fase, poderá beneficiar-se do processo psicoterápico. Entendemos que uma vez iniciada a psicoterapia, o adolescente deve ser convidado a participar das entrevistas periódicas com os pais. Desse modo, constatará que, apesar de a conversa abordar sua psicoterapia, nada do que contou ao psicoterapeuta foi revelado aos seus pais, portanto, o material das sessões permanece sob sigilo. A experiência clínica mostra que, à medida que é colocado ao adolescente participar da entrevista com os pais, este perde o interesse em compor esse encontro. Poder participar indica que o sigilo será preservado, afinal, se o adolescente estará presente significa que tudo o que será conversado pode ser presenciado por ele. Isso fortalece a confiança no psicoterapeuta, pois passa a mensagem de que a conversa com os pais não danificará o sigilo em torno de seus relatos. Desta forma, destrói a desconfiança e o temor de ser exposto.

Kupermann (2007 apud SEI; ZUANAZZI, 2006) recorre a Winnicott

para indicar que o **final da psicoterapia** com adolescente deve ocorrer quando este desenvolve a capacidade de estar só sem sentir-se abandonado e ainda adquirir autonomia em direção à independência sem a influência dos pais.



Exemplificando

É comum, ao perceber que o filho precisa de psicoterapia, os pais sentirem-se culpados. Por isso, na entrevista com o psicoterapeuta, enfatizam que não foram omissos ou insensíveis à demanda do filho, pois já realizaram algumas tentativas para ajudá-lo. Os pais ou responsáveis ficam divididos entre o desejo de compreender e resolver os conflitos do filho, ao mesmo tempo em que temem e resistem a perder o lugar ocupado, o status adquirido no seio familiar, em especial na relação com esse filho (STÜRMER; RUARO; SARAIVA, 2009).

Vale lembrar que a psicoterapia de criança e adolescente requer, obrigatoriamente, a autorização de pelo menos um dos pais ou responsáveis legais, de acordo com o art. 8º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). Contudo, a relação com os pais ou responsáveis, tanto pela criança quanto pelo adolescente, transcende a esfera legal. É imprescindível construir um vínculo de confiança entre estes e o psicoterapeuta, para evitar que se sintam excluídos da psicoterapia do filho, eliminando possíveis ruídos de comunicação ou boicote ao tratamento. Não é raro, à medida que o paciente começa a mudar sua conduta, provocar mal-estar no ambiente familiar, seja porque mobiliza a reflexão em relação ao comportamento de seus familiares ou porque provoca mudança em um modo de interação já conhecido e dominado pelos membros da família, em especial os pais.

Sem medo de errar

O estagiário da clínica-escola deve realizar uma anamnese com os pais para obter mais dados sobre Tatiana, incluindo conhecer em que momento da vida do casal Tatiana foi gerada e como foi recebida ao nascer. Ao interrogar sobre Tatiana, provavelmente a dinâmica familiar será revelada. Contudo, se isso não ocorrer naturalmente, é importante fazer perguntas que tragam essas informações. Conhecer Tatiana e

o contexto familiar em que vive é essencial para uma compreensão ampla e profunda das razões que sustentam a queixa: o medo do abandono. Essa ressalva é importante porque aparentemente o medo vem do que os pais da criança estão vivendo no casamento. Contudo, é importante investigar se a causa do medo do abandono se restringe a essa situação ou teria suas origens na fase inicial de sua vida e estaria agora sendo revivida em função da possível separação dos pais.

Em relação à Tatiana, o psicoterapeuta pode aplicar o jogo do rabisco, pois além de relevar aspectos de sua estrutura psíquica promoverá a interação entre ambos, já que tanto a paciente quanto o psicoterapeuta participam ativamente. Nas sessões seguintes poderá introduzir a caixa lúdica e seguir com interações por meio do brincar. Ao final dessa fase diagnóstica o estagiário de psicologia entenderá a necessidade, ou não, de psicoterapia.

Em seguida deve realizar a entrevista devolutiva com os pais da paciente para posicioná-los sobre o que ocorre com a criança, orientá-los e implicá-los em relação ao que foi compreendido até esse momento. Caso conclua ser indicado Tatiana fazer psicoterapia, deve informar aos pais e finalizar essa etapa com o contrato (com os pais), para em seguida a criança iniciar as sessões psicoterápicas.

Faça valer a pena

1. “A psicoterapia, atualmente, é uma prática comum na maioria dos países ocidentais. O debate sobre os procedimentos necessários para uma prática psicológica eficaz tem se desenrolado em torno de quatro questões básicas que se estendem a todas as abordagens: se a psicoterapia funciona, como, com quem e por que. [...]. Em síntese, embora o tema seja complexo, a pesquisa de resultados tem produzido respostas importantes: a psicoterapia funciona, o principal fator é a qualidade da relação terapêutica e os resultados estão associados a características de personalidade de pacientes e de psicoterapeutas.”

Sobre a psicoterapia individual do adulto, podemos afirmar que:

- I. Almeja mudanças do funcionamento psíquico no paciente.
 - II. Possibilita a ressignificação de experiências anteriores.
 - III. Evita questionar qualquer comportamento do paciente.
 - IV. Orienta o paciente a centrar-se em seus desejos e não ouvir o outro.
- (JARDIM; GOMES, 2009)

Sobre a psicoterapia individual do adulto, assinale a alternativa que apresenta a resposta correta.

- a) Apenas I está correta.
- b) Apenas IV está correta.
- c) Apenas I e II estão corretas.
- d) Apenas II e III estão corretas.
- e) Apenas I, III e IV estão corretas.

2. “Estima-se que de 10 a 20% das crianças brasileiras sofram de problemas psiquiátricos, entre as quais uma parcela diminuta recebe atendimento especializado (Gastaud, Basso, Soares, Eizirik, & Nunes, 2011). Deakin e Nunes (2009), e Nunes, Silveiras, Marturano, e Oliveira (2009) abordam a importância da realização de psicoterapia na infância com crianças que demandam tais serviços, na prevenção do desenvolvimento posterior de distúrbios mentais ou mesmo do agravamento dos sintomas. A eficácia do tratamento, no entanto, depende da permanência da criança até o momento em que haja o alcance dos objetivos, com o consentimento mútuo da família e do terapeuta. A interrupção prematura da psicoterapia acarreta desvantagens tanto para a criança e sua família como para o terapeuta e a instituição onde o serviço de psicologia está alocado (Nunes et al., 2009).”

Sobre os cuidados em relação à alta na ludoterapia, podemos afirmar que:

- a) Deve certificar-se de que a criança e os pais estão de acordo com a alta.
- b) É necessário prolongar o momento da alta para o psicólogo exercitar mais suas habilidades clínicas.
- c) Deve-se conceder alta, independentemente da opinião dos pais, quando o psicólogo julgar oportuno.
- d) Não conceder alta após a fase inicial, pois sempre será necessário indicar psicoterapia.
- e) A opinião da criança sobre o momento da alta é a única a ser considerada.

3. “O conceito de aliança terapêutica surge no âmago da teoria psicanalítica, mais particularmente na ideia freudiana de transferência positiva (Freud, 1968, citado por Gonçalves, 2008, p. 2). Freud entende aliança terapêutica como um esforço conjunto de ambos os intervenientes do processo, onde o desejo do cliente para agradar e ganhar o afeto do terapeuta se torna o verdadeiro motivo para o seu envolvimento. Se no campo psicanalítico a transferência positiva e aliança terapêutica andam a par, na concepção humanista a empatia é o principal pilar para uma aliança forte e promissora. As teorias humanísticas têm dado especial atenção aos fatores de ordem relacional na mudança em psicoterapia. Segundo Rogers (1957), algumas condições relacionais necessitam de ser satisfeitas

para que se forme uma aliança sólida e a subsequente mudança ocorra: a genuinidade do terapeuta, a compreensão empática e a aceitação positiva e incondicional do cliente. A manifestação destas características leva o cliente a sentir segurança, confiança para se abrir e confiar nos objetivos e técnicas do terapeuta. Este laço de total abertura de ambas as partes é o motivo pelo qual o cliente regressa à terapia, mesmo quando o trabalho a realizar é difícil e moroso (Swift, Greenberg & American Psychological Association, 2014).”

Sobre o início da psicoterapia do adolescente, podemos afirmar que:

- a) O adolescente mostra-se agressivo, porque não foi obrigado a fazer psicoterapia.
- b) O adolescente mostra-se cooperativo desde que seus pais não interfiram no processo.
- c) O adolescente falta sempre às primeiras sessões, sendo necessários seus pais intervirem.
- d) O adolescente chega curioso e apressado para livrar-se do sofrimento psíquico.
- e) O adolescente chega resistente, o que pode ser um desafio para a formação do vínculo.

Seção 2.2

Modalidades em psicoterapia II

Diálogo aberto

Carlos, um estagiário da clínica-escola da Universidade Sigmund Freud, recebeu um casal para terapia. Trata-se de Augusto e Célia, que, após 10 anos de matrimônio estão em crise, porque Célia não consegue engravidar. O casal diz não saber se conseguem aceitar o fato de não ter filhos biológicos. Não se animam para adotar e acham que sem filhos o casamento perde o sentido. Diante dessa situação o estagiário sentiu-se inseguro para atender o casal. Portanto, recorreu a Matheus (aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina Estágio Clínico) em busca de orientação. Ajude Matheus a preparar Carlos para conduzir a terapia de modo a ajudar o casal.

Não pode faltar

A estrutura de cada grupo familiar adquire uma forma particular em função da época, lugar e tempo em que vive e das heranças recebidas das gerações anteriores, a herança transgeracional. Nas últimas décadas, a família é compreendida como um grupo envolto por uma rede caracterizada pela dinâmica interna de reflexos subjetivos mútuos. As funções da família são determinadas pelo contexto social na qual está inserida. Essas funções são reguladas pelos investimentos afetivos de seus membros (PASSOS, 2005 apud ROSAL, 2016). A família é também conceituada como um sistema no qual as pessoas compartilham o mesmo espaço físico e mantém relações significativas. Tais relações são caracterizadas pela interdependência entre os vários subsistemas da família (CERVENY, 1982).

Para Box (1994), a família é uma instituição com cultura própria e apresenta um modo específico de se relacionar com a vida. O comportamento e as experiências dos membros de uma família são afetados por um sistema de relações interligadas. No entanto, cada um de seus integrantes possui características próprias e individuais que precisam ser compreendidas na interação com os demais, cujos significados inconscientes devem ser interpretados ao longo da

terapia de família. A partir dessa compreensão a psicoterapia familiar apresenta nova perspectiva para entender os fenômenos humanos.

Para demonstrar as possibilidades de atuação no campo da terapia familiar selecionamos duas abordagens: a sistêmica e a vincular, ou psicanalítica. Gomes e Levy (2009) ressaltam que, no Brasil, os psicanalistas que trabalham com família (e também com casal) estão em pequeno número comparado aos que atuam a partir do referencial sistêmico. Ao nosso ver, essa condição explica porque no país fala-se bem mais em terapia familiar sistêmica do que em terapia vincular.

De acordo com Feres-Carneiro (1996), a terapia familiar sistêmica surgiu da multiplicidade de influências e contribuições recebidas de diferentes áreas do conhecimento. Apresenta uma gama bastante ampla de teorias – incluindo diversas áreas da psicologia – que comunica a complexidade do sistema familiar em oposição a um corpo teórico unificador. Sofreu influências de correntes aparentemente bastante diferentes entre si, como: psicanálise, comportamental, gestalt, sociológicas, sistêmica e cibernética, entre outras. Com isso, diversos leques de práticas foram adotados (MACHADO, 2012). A participação de tantas teorias ganhou um olhar próprio e foi designada de 2ª ordem ou pós-moderna. Segundo Grandesso (2008, p. 5):



As inúmeras abordagens de Terapia Familiar surgiram, portanto, na ausência de um sistema de crenças compartilhadas, ou seja, de um paradigma unificador, resultando em evoluções conceituais distintas na trilha da busca de descrições e explicações para os problemas particulares de cada grupo diante de desafios na prática clínica.

Os conceitos teóricos que caracterizam a terapia familiar estão alicerçados principalmente na teoria sistêmica e cibernética. Tanto a teoria sistêmica quanto a cibernética influenciaram significativamente a prática e a postura do terapeuta. No entanto, outras técnicas de terapia surgiram para fazer frente à demanda de abalar o equilíbrio familiar organizado pelos sintomas e, ao contrário, promover a mudança, gerar crise no sistema e conduzir a família para uma nova organização e funcionamento (GRANDESSO, 2008).

Como já ressaltado, a terapia familiar sistêmica é diversa em seu corpo teórico e integra diversas abordagens complementares na

concepção de seu trabalho. No entanto, para Lebow (1997 apud FÉRES-CARNEIRO; PONCIANO, 2005), integrar requer: a construção de uma teoria que transcenda as abordagens envolvidas; conceber métodos que ultrapassem os limites de uma perspectiva filosófica específica; adotar o termo assimilação para referir-se à intervenção de uma abordagem em outra, entre outros aspectos.

De acordo com Filomeno (2002), a teoria sistêmica surgiu da física quântica, a partir da nova visão de mundo. Nesse momento, a concepção linear-mecanicista de Decartes e Newton cedeu espaço para uma visão holísticas e ecológica. Desse modo, segundo Filomeno (2002, p. 8):

[...]. Neste novo paradigma o universo então, é visto como uma teia dinâmica de eventos interrelacionados. Nenhuma das propriedades de qualquer parte dessa teia é fundamental, todas elas decorrem das propriedades das outras partes do todo, e a coerência total de suas inter-relações determina a estrutura da teia.



A teoria sistêmica defende que todo organismo é um sistema vivo e integrado. Já a cibernética traz a ideia de dinamismo que caracteriza os sistemas. Estuda a comunicação e o controle, tanto dos sistemas quanto das máquinas. A junção desses conceitos levou a terapia familiar sistêmica a priorizar os aspectos inter-relacionais e não o olhar para o intrapsíquico, como propõe a psicoterapia individual.

Desse modo, a família é compreendida como um sistema sob a ótica particular de cada autor (CERNEVY, 2011). De forma complementar, os subsistemas familiares são os subgrupos que cumprem funções básicas dentro da família, portanto cada membro da família deve conhecer sua função dentro do sistema. Rosset (2007 apud TURATTI; LUCAS, 2016) reconhece o subsistema conjugal, parental e o fraternal.

Para a teoria sistêmica as famílias são funcionais ou disfuncionais. Ambas se diferenciam pelo modo como enfrentam os problemas. De acordo com Souza (2005 apud TURATTI; LUCAS, 2016), as famílias funcionais sempre encontram meios para administrar seus problemas, ao passo que as famílias disfuncionais se mantêm presas

a padrões ineficazes na solução de problemas. Isso ocorre porque tais padrões transmitem – equivocadamente – alguma segurança, já que são conhecidos por essas famílias.

O terapeuta tem a necessidade de se apoiar em uma teoria de terapia de família e, desse modo, buscar atender aos requisitos a seguir:

Quadro 2.1 | Elementos da terapia familiar

1. Descrever e explicar a estrutura familiar, sua dinâmica e o processo de mudança.

2. Descrever as estruturas interpessoais e as dinâmicas emocionais da família.

3. Ter a família como ligação entre o individual e o social.

4. Descrever o processo de individuação e diferenciação dos membros da família.

5. Prever tanto a saúde quanto a patologia dentro da família.

6. Prescrever estratégias terapêuticas para lidar com a disfunção familiar.

Fonte: Machado (2012, [s.p]).

De acordo com Revas (2000 apud MACHADO, 2012), entende-se por **processo terapêutico** a psicoterapia de um sistema social, a família. Segundo Ponciano (2013 apud MINUCHIN, 1990), o terapeuta de família procura ampliar as vias do sistema. Para tanto, desafia regras estabelecidas e o equilíbrio familiar (a homeostase). Desse modo, provoca uma crise e o desenvolvimento de nova organização que geralmente funcionará melhor. A partir desse equilíbrio o terapeuta muda as relações familiares. Além disso, o terapeuta desafia a família na forma como experimenta a realidade. De acordo com Turatti; Lucas (2016, p. 146):

Cabe ao terapeuta identificar a organização familiar quando está em interação para compreender como funciona a estrutura, as fronteiras e os subsistemas, para, então, formar um plano terapêutico e auxiliar as famílias a usarem os seus próprios recursos psicológicos para a resolução de problemas (Turatti; Lucas 2016, p. 146).

”



Reflita

A proposta terapêutica pode tornar-se ameaçadora na medida em que promove o desequilíbrio no modo como a família se encontra organizada. Portanto, o terapeuta é percebido como dotado da vontade e do poder tanto de desestabilizar quanto de salvar a família (MEYER, 1987 apud GOMES; LEVY, 2009).

Para Ponciano (2013, p. 8 apud MINUCHIN, 1990) **o terapeuta de família tem as seguintes tarefas**: “avaliar a família e desenvolver objetivos terapêuticos, sendo o alvo de suas intervenções a família como um todo”. Os indivíduos não são ignorados, mas a família é a “matriz da cura e do crescimento de seus membros” (MINUCHIN, 1990, p. 138).

Figura 2.4 | Terapia de família



Fonte: <<https://goo.gl/MazVdE>>. Acesso em: 11 maio 2017.

Os psicoterapeutas de família de orientação psicanalítica entendem que sua tarefa é desvendar o que está por traz da queixa verbalizada pela família, a queixa latente. Desse modo, o trabalho será realizado a partir do reconhecimento da dinâmica psíquica que se identifica menos facilmente. Para apreender aspectos subjacentes à queixa emergente (aquela que a família apresentou ao procurar psicoterapia), o terapeuta levará em conta seus próprios sentimentos e reações durante as sessões. O que está por traz do distúrbio é a agenda secreta da família. (WADDELL, 1994).



Assimile

A dinâmica da organização familiar é a expressão do entrelaçamento de várias relações objetais inter-relacionadas, cujo objetivo é desvendar a rede oculta de identificações projetivas que compõe a família e a conscientização frente à demanda por tratamento que a distancie do paciente identificado, ou seja, a pessoa eleita inconscientemente para representar a doença ou o problema da família (MEYER, 1987 apud GOMES; LEVY, 2009).

De certo modo, a psicanálise vincular se distancia da relação de objeto e privilegia as relações transobjetivas, portanto inclui o ambiente sociocultural. De acordo com Gomes; Zanetti (2009, p. 98):



A terapia familiar psicanalítica, que se baseia nas relações intersubjetivas e nas formações vinculares, tem a oferecer a compreensão e a possibilidade de uma metabolização dos conteúdos psíquicos, que foram transmitidos e que não puderam ser pensados ou representados pela geração descendente.

Gomes e Zanetti (2009) recorrem a Trachtenberg et al. (2005) para distinguir vínculo de relação de objeto. Vínculo é uma relação entre duas ou mais pessoas com características que extrapolam a perspectiva do aparelho psíquico, delimitando o espaço intersubjetivo. Desse modo, na relação vincular o desejo se movimenta, simultânea e sucessivamente, na direção das pessoas em interação por meio de um acordo ou pacto. Na relação objetal o ego investe seu desejo em

uma única direção (intraterritorial da perspectiva do aparelho psíquico) e desta forma marca o espaço intrassubjetivo.

Essa abordagem valoriza a transmissão psíquica intergeracional e analisa as queixas e os conflitos a partir do contexto grupal. Segundo Gomes e Zanetti (2009), a junção do mecanismo de transmissão psíquica com o conceito de vínculo resulta em transmissões geracionais. Afinal, “em todo vínculo intersubjetivo o inconsciente se inscreve e se manifesta” (KAËS, 1998, p. 14 apud GOMES; ZANETTI, 2009). Esse autor mostra que a terapia familiar psicanalítica se volta para o membro da família que está sofrendo com o vínculo herdado de outra geração. Para Eiguer (2006 apud Gomes; Zanetti, 2009), a terapia familiar psicanalítica deve propiciar a expressão e a comunicação entre seus membros, uma vez que naturalmente esse processo é mais difícil de acontecer.

Figura 2.5 | Terapia de casal



Fonte: <<https://goo.gl/nAmM91>>. Acesso em: 11 maio 2017.

Por muito tempo na história da humanidade os casais se constituíam por meio do matrimônio de um homem com uma mulher. Posteriormente, outras maneiras de formar um casal surgiram e foram reconhecidas social e legalmente, como: a convivência (não legalizada) e a união estável (com reconhecimento legal), tanto entre hetero como

entre homossexuais. A conjugalidade implica compartilhar escolhas e restrições, amigos e famílias, vida sexual, social e afetiva. A vida a dois propicia crescimento individual ao mesmo tempo em que impõe dividir um cotidiano repleto de encontros e desafios.

Para Féres-Carneiro; Diniz Neto (2011), na concepção sistêmica, a formação da conjugalidade é um processo complexo que envolve vários níveis do relacionamento e contextos que levam à definição psicossocial de um relacionamento afetivo estável. Dizem ainda que a conjugalidade é um processo de construção compartilhado de uma realidade comum. Nesse sentido, defendem os autores, cada parceiro experimenta a reconstrução de sua realidade individual ou particular, cria referências comuns e uma identidade conjugal. Isso ocorre a partir de trocas verbais e não verbais e da coordenação de ações recíprocas no universo social de significado. O casal se compromete com a construção de uma história comum e não mais individual. Por isso, mudanças no roteiro de ação de um dos cônjuges afeta o outro e, conseqüentemente, compromete a parceria.



Exemplificando

Quando um dos cônjuges decide ajudar financeiramente uma pessoa de sua família e, por causa disso, passa a contribuir com um valor menor para as despesas da casa, muda a direção do planejamento do casal. Conseqüentemente, o outro cônjuge é afetado por essa situação e a parceria entre o casal sofre um abalo.

Contudo, o casal pode se ajustar a novas situações. De acordo com Polster e Polster (2001 apud SILVEIRA, 2007, p. 201): “os ajustamentos criativos na vida do casal ocorrem na fronteira da conjugalidade. Se não houver obstáculos na fronteira, ocasionados por situações inacabadas, faz-se o contato com o novo, e, desse modo, a descoberta e a transformação se realizam.”

O subsistema conjugal é formado pelo casal, e suas funções básicas são o refúgio para os estresses que ocorrem no dia a dia, além de servirem de matriz para contatos com os demais sistemas sociais e de tornarem possível o desenvolvimento da intimidade e da sexualidade. No entanto, o subsistema conjugal deve cumprir essas questões preservando sempre a fronteira que delimita o espaço do

casal, dos filhos, dos parentes e dos amigos, para que esses outros subsistemas não interfiram na conjugalidade (ROSSET, 2007 apud TURATTI; LUCAS, 2016).

Independentemente da formação do casal, em algum momento a convivência – entre outros motivos – provoca conflitos à harmonia comum ao início das relações conjugais. Nesse contexto, alguns casais revelam-se capazes de ultrapassar tais questões. Outros, no entanto, procuram ajuda especializada para gerir esse período da vida, o que pode ser obtido na terapia de casal.

A abordagem sistêmica defende que quando o relacionamento conjugal está em crise faz-se importante investigar a relação conjugal dos pais do homem e da mulher. A ideia é verificar uma possível influência da vida afetiva dos pais na crise que o casal experimenta. Além disso, é relevante sondar os exemplos de marido e mulher que o casal teve, uma vez que se acredita que a partir desse exemplo os cônjuges aprenderam a se relacionar amorosamente (TURATTI, LUCAS, 2016).

A terapia de casal é compreendida como um subsistema da terapia familiar, que prioriza os processos interativos entre o casal. Contudo, para ocorrer, faz-se necessário que o casal elabore um pedido de intervenção em conjunto de modo a constituir o desejo real de ambos (LOPES, 2004 apud DIAS, 2015).

Para Berenstein e Puget (1993), **a terapia de casal é recomendada** quando há uma disfunção relativa ao vínculo estabelecido pelo casal. No entanto, para Eiguer (1998), o principal critério para a indicação da psicoterapia de casal é a clara existência de conflitos conjugais. Para esse autor a problemática mais comum entre os casais no contexto de psicoterapia é formada por conflitos relacionais e de comunicação, desentendimentos sexuais, decisão de um divórcio, violência doméstica e tipos diversos de relações perversas (GOMES; LEVY, 2009).

A proposta da terapia de casal é a promoção da saúde emocional do casal, e não a manutenção ou a ruptura do casamento (ZACHARIAS et al., 2011). A perspectiva sistêmica utiliza variados recursos para desenvolver a terapia de casal. Entre as **etapas da terapia de casal** estão: (1) a necessidade de, nas primeiras sessões, escutar o que é importante para cada membro do casal e conjuntamente construir hipóteses sobre a situação que se apresenta, bem como

as experiências do passado; (2) a introdução, após essa exploração inicial, de recursos não verbais: utilização de fotografias da infância e do casamento; técnicas psicodramáticas; atividades gráficas e de escultura, entre outros (SEVERINO, 1996 apud ZACHARIAS et al., 2011).

O autor supracitado ressalta a importância do uso do genograma para diagnosticar e também intervir na dinâmica do casal. O genograma resgata a história das famílias de origem e permite a visualização gráfica de eventos significativos do casal e da história de cada um, favorecendo a diferenciação e identificando os padrões de repetição do funcionamento familiar de cada um.

Uma técnica de intervenção bastante utilizada na terapia de casal é a prescrição de tarefas, tanto individuais quanto conjuntas. Além disso, a inclusão dos filhos pode oferecer indicadores importantes para a compreensão da dinâmica do casal. O terapeuta sistêmico também trabalha com o co-terapeuta, ou seja, com a presença de outro terapeuta no *setting*, o que geralmente fortalece o poder terapêutico, desfaz alianças e evita o emaranhamento com o casal (SEVERINO, 1996 ZACHARIAS et al., 2011).

Figura 2.6 | O co-terapeuta na terapia de casal



Fonte: <<https://goo.gl/BaemC9>>. Acesso em: 12 maio 2017.

Em relação aos **cuidados relativos à terapia de casal** é recomendado priorizar o afeto positivo e reduzir o negativo nos conflitos conjugais. De acordo com Féres-Carneiro e Diniz Neto (2010), desse modo é possível criar um padrão de afetos positivos e estabilizadores que podem levar os casais a regular o conflito e evitar, em uma discussão, o ingresso em um padrão de escalada de retaliações negativas e agressivas. Além disso, o terapeuta de casal deve adotar técnicas de reparação, reduzir os comentários severos nas discussões do casal e a defensividade, o que provavelmente aumentará a serenidade no *setting*, implicando capacidade de ouvir, pensar, sentir, elaborar e ressignificar as experiências conjugais.



Pesquise mais

Para conhecer mais sobre a terapia de casal, leia o artigo mencionado a seguir, que se tornou uma referência para a compreensão de famílias que expressam a queixa por outro meio que não o verbal:

MELO, C. V.; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Segredos de família: a contratransferência como recurso terapêutico. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 163-182, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/viewFile/81008/84654>>. Acesso em: 11 maio 2017.

O terapeuta de casal é alguém escolhido pelos cônjuges para intermediar o conflito conjugal e/ou a disfunção do vínculo do casal. Para tanto, deve estabelecer um vínculo de confiança e imparcialidade com cada casal que o procura. Somente a partir da neutralidade poderá provocar uma reflexão que leve os parceiros a compreenderem os elementos presentes na situação atual.

Sem medo de errar

Para ajudar Carlos a planejar a psicoterapia de casal, Matheus começou esclarecendo ao estagiário que o compromisso da terapia de casal é a promoção da saúde emocional dos cônjuges, e não a manutenção ou a ruptura do casamento. Desta forma Carlos terá claro o seu papel e a direção a ser tomada no atendimento em questão.

Matheus recorreu à terapia sistêmica para indicar os passos a serem seguidos durante o atendimento do casal. Orientou Carlos a iniciar o trabalho buscando identificar o que é importante para cada cônjuge e, conjuntamente, construir hipóteses sobre a situação que se apresenta, como também experiências do passado.

Disse que, em seguida, Carlos deve lançar mão de recursos não verbais para conhecer mais a dinâmica do casal e também estimular o diálogo entre os cônjuges. Decidiram então pedir ao casal para levar fotos da infância de ambos e do casamento. A ideia é pedir para verbalizarem as lembranças que essas fotos trazem e, a partir disso, observar os motivos que ajudaram a formar o casal, ou seja: identificar o que cada um dos cônjuges tinha de positivo na visão do outro quando se conheceram.

Resgatar essa memória é reviver sentimentos que os aproximaram ao iniciarem sua história. Retomado esse contexto, a terapia prosseguirá explorando questões do casal na tentativa de identificar que outros projetos em comum eles têm, além da parentalidade, pois os projetos em comum podem ser uma via de resgate da força que os une.

Devido à insegurança de Carlos, o que é bastante compreensível, Matheus sugeriu-lhe trabalhar com um co-terapeuta. Para tanto, deverá buscar entre os estagiários alguém que possa dividir o *setting* com ele. Desse modo se sentirá mais seguro, pois a possibilidade de ter um interlocutor para trocar impressões sobre o atendimento e discutir aspectos importantes pode aumentar a possibilidade de êxito na psicoterapia de Augusto e Célia.

Faça valer a pena

1. Inicialmente, é importante identificar o conceito de família. Por mais que, atualmente, a família venha sofrendo modificações na sua estrutura, falando-se em família na contemporaneidade, ela ainda dispõe do mesmo conceito. Para Osório e Valle (2011), a família tem a função de transmitir valores éticos, estéticos, religiosos e culturais. Ela é a primeira “instituição” pela qual o indivíduo passa. É nela que se obtêm os primeiros conhecimentos da vida, como comer, falar, andar e outros aprendizados que passam de geração em geração. Segundo Krom (2000), é nesses aprendizados que se vivem os processos psicológicos vistos pela psicologia como importantes para construção do self.

A família é uma das mais antigas instituições sociais. Sua estrutura é

dinâmica e acompanha as mudanças culturais. Com isso, a compreensão de família sofreu diversas alterações ao longo da história da humanidade. O Brasil conta com importantes pesquisadores de família na área da psicologia, o que torna o seu funcionamento amplamente conhecido. A partir desse contexto, podemos afirmar, sobre a família, que:

- a) surgiu nos primórdios da humanidade e se mantém unida pelos mesmos princípios que a regulava em seu surgimento.
- b) é uma instituição com cultura própria, cujo comportamento é afetado por um sistema de relações interligadas.
- c) é um ambiente perverso ao não permitir que as crianças façam escolhas que determinem suas vidas futuras.
- d) é uma organização linear cujos membros compartilham as mesmas características individuais, pois são transmitidas de uma geração para outra.
- e) é um sistema linear que se mantém rígido ao longo da história da humanidade onde cada geração funda uma cultura única.

2. De acordo com Feres-Carneiro (1996), a terapia familiar sistêmica surgiu da multiplicidade de influências e contribuições recebidas de diferentes áreas do conhecimento. Apresenta uma gama bastante ampla de teorias – incluindo diversas áreas da psicologia – que comunica a complexidade do sistema familiar em oposição a um corpo teórico unificador. A terapia de família abrange dois campos teóricos: a terapia familiar sistêmica e a terapia familiar psicanalítica. Cada uma dessas escolas aborda as questões familiares de um modo bastante particular. Sobre a teoria familiar sistêmica podemos afirmar:

- I. Surgiu da física quântica, a partir da nova visão de mundo.
- II. Defende que todo organismo é um sistema vivo e integrado.
- III. No novo paradigma o universo é visto como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados.
- IV. Prioriza os aspetos inter-relacionais, e não o intrapsíquico.

De acordo com as proposições acima relacionadas sobre a terapia familiar sistêmica, assinale a alternativa que apresenta a resposta correta.

- a) Apenas I e II são corretas.
- b) Apenas I, II e III são corretas.
- c) Apenas II e III são corretas.
- d) Apenas III e IV são corretas.
- e) I, II, III e IV são corretas.

3. Imagine que uma família composta pelos pais e seus cinco filhos tem enfrentado problemas com o filho adolescente, Mário, que passou

a consumir drogas. Sempre que isso ocorre os pais conversam com ele, explicando os perigos que as drogas ilícitas causam à saúde. Como os pais de Mário são médicos, conhecem bem os malefícios decorrentes do consumo de drogas, portanto as informações que transmitem ao filho são verdadeiras, e ouvi-las o beneficiaria bastante. Contudo, mesmo após ouvir várias vezes os conselhos dos pais, Mário aumentou o consumo de drogas. O comportamento das famílias se diferencia a partir do modo como cada grupo familiar está estruturado em relação às trocas, aos papéis internos, à comunicação, ao afeto, ao padrão de comportamento estabelecido e, principalmente, ao modo como se organizam para enfrentar seus problemas. Tomando como referência o caso apresentado no texto-base, em relação à família podemos afirmar que:

- a) Pais e filhos formam o subsistema denominado conjugal.
- b) O consumo de drogas é uma forma de Mário afrontar seus pais.
- c) Trata-se de uma família disfuncional, porque persiste utilizando um recurso que não tem revertido o problema em questão.
- d) É entendida como uma família funcional, porque os pais estão acompanhando o problema do filho e alertando sobre os perigos.
- e) A família transmitiu a Mário o consumo de drogas por meio da herança transgeracional.

Seção 2.3

Modalidades em psicoterapia III

Diálogo aberto

Em nossos estudos anteriores, conhecemos a terapia familiar e a terapia de casal a partir das duas teorias mais utilizadas nessas modalidades de psicoterapia: a sistêmica e a psicanalítica. Agora vamos conhecer o trabalho do psicólogo clínico em situações de crise e desastres. Esse é um campo relativamente novo para a psicologia e apresenta especificidades necessárias que devem ser conhecidas para que o psicólogo realize um trabalho efetivo. O ambiente em que atuará é completamente diferente do consultório de psicologia, o que é evidenciado diante da necessidade do psicoterapeuta de trabalhar com profissionais de outras áreas e voluntários, ou seja, em equipe interdisciplinar.

Para ajudá-lo a compreender como os princípios teóricos são aplicados em uma situação de crise ou desastre foi elaborada uma situação hipotética que ajudará a transpor a teoria para a prática. Sendo assim, imagine que a Universidade Sigmund Freud foi convidada para participar do grupo que atuará no atendimento às vítimas da enchente que acometeu o bairro Santo Inácio, localizado em uma área de risco da cidade. Nesse desastre, muitas casas desabaram, tendo sido contabilizado alto número de desabrigados e mortos. O curso de Psicologia da Sigmund Freud enviou professores e alunos que cursam o 9º e o 10º semestres. Contudo, os alunos não entenderam claramente que papel devem desempenhar nessa situação.

Ajude-os a compreender que atividades devem executar. Você pode iniciar identificando as tarefas próprias do psicólogo em situação de desastres e emergências.

Não pode faltar

Algumas adversidades promovem desastres de grandes proporções e atingem coletividades. Importante número de países já sofreu desastres e situações de emergência que levaram pessoas à morte, destruiu o ambiente e desorganizou famílias. No Brasil, alguns desastres permanecem vivos na memória da população em função da magnitude

e extensão de suas consequências, como: a seca de 1932, que assolou a região Nordeste; os incêndios dos edifícios Joelma, em São Paulo, e Andorinha, no Rio de Janeiro; várias quedas de avião; entre outros. Esses eventos causam dor, perdas, destruição e deixam as pessoas e o ambiente vulneráveis.

Para compreender um desastre, faz-se necessário conhecer o ambiente econômico, político e social no qual ocorre (BINDÉ; CARNEIRO, 2001 apud MELO; SANTOS, 2011). Os desastres são um produto do contexto que os produziu ou os favoreceu.

Os **desastres** naturais são o resultado da combinação de fatores importantes para a saúde coletiva: a manifestação de uma ameaça natural; população exposta às condições de vulnerabilidade social e ambiental; capacidades ou medidas insuficientes para diminuir os potenciais riscos e os prejuízos à saúde da população (NARVÁEZ; LAVELL; ORTEGA, 2009 apud FREITAS et al., 2014). Contudo, o Conselho Federal de Psicologia (2011, p. 36) observa que a partir do desenvolvimento tecnológico as causas naturais não têm mais exclusividade sobre a produção de desastres e situações de emergência:



[...] a aplicação dos avanços tecnológicos tem também alguns componentes de risco que são resultado da execução inadequada e/ou falhas das novas tecnologias. Atualmente, as comunidades estão em risco não somente por causa dos eventos geofísicos, mas também por causa das explosões industriais, da liberação de substâncias tóxicas e dos acidentes no transporte de produtos químicos. (SMITH, 1992 apud CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 36)

Os fatores que geram ou contribuem para a ocorrência de desastres conferem características próprias que irão influenciar a forma como essas situações podem ser geridas e as consequências causadas ao meio ambiente e à população vitimada. Além dos desastres naturais há também os desastres humanos e os mistos, que combinam esses dois fatores. A seguir, a classificação dos desastres conforme a causa ou origem.

Figura 2.7 | Classificação de desastres a partir da origem

TIPO DE DESASTRE	DEFINIÇÃO	EXEMPLO
Desastres naturais	Causados pelo desequilíbrio da natureza, originados por fatores externos e ocorrem independentemente da ação humana.	Terremoto seguido de <i>tsunami</i> que assolou a Indonésia em 2004.
Desastres humanos	Causados por ações ou omissões humanas. Decorrem de origem interna, provocado pelo próprio homem.	Rompimento da barragem de Samarco, Mariana, Minas Gerais.
Desastres mistos	Causados quando a negligência, omissão ou falta de prevenção agravam um desastre natural.	Desabamento de casas que se repete anualmente em decorrência das chuvas de verão no estado do Rio de Janeiro.

Fonte: adaptada de Defesa Civil ([s.d.] apud ALVES, 2010).

Geralmente os desastres instalam uma situação de **emergência**. Trata-se de uma situação crítica, um incidente, acontecimento perigoso ou eventual caracterizado por urgência. As emergências impõem a necessidade de intervenção imediata. Situações mais complexas e altamente destrutivas são denominadas **tragédias**. Nesse contexto várias pessoas morrem em curto período de tempo e o número de feridos é bastante significativo (DEFESA CIVIL, [s.d.] apud ALVES, 2010). Um exemplo de tragédia em solo brasileiro foi o recente incêndio da boate Kiss, ocorrido no ano de 2013, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Essa tragédia levou 236 pessoas a óbito, e os feridos nesse incêndio ainda sofrem com os dolorosos tratamentos e suas consequências¹.

De acordo com Pereira (2014, p. 87), eventos imprevisíveis alcançam pessoas de variadas etnias, classes sociais e credo.

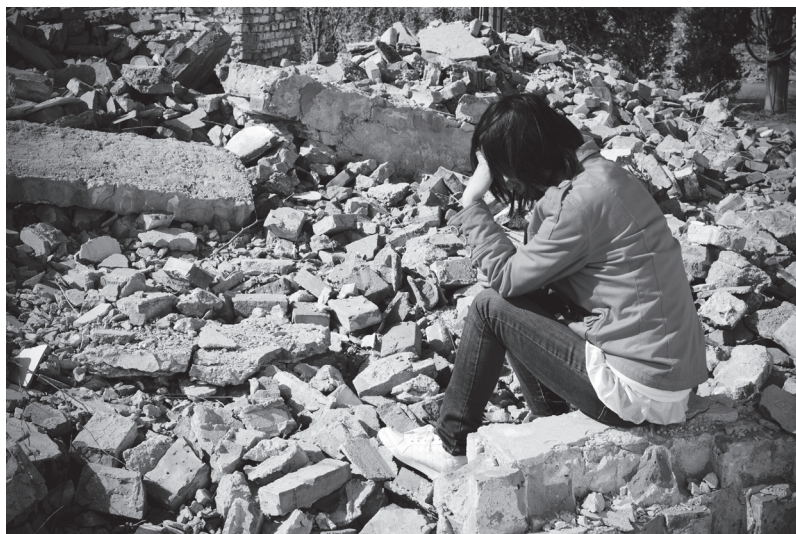
¹ Disponível em: <<http://noticias.r7.com/cidades/tres-anos-apos-incendio-na-boate-kiss-458-pacientes-ainda-fazem-tratamento-psiquiatrico-27012016>>. Acesso em: 20 maio 2017.

Essas pessoas têm “pouca ou nenhuma relação entre si”, como é observado em atentados terroristas e em acidentes aéreos. Tais tragédias envolvem altos níveis de estresse e óbitos. Além disso, desestabiliza uma comunidade ou mesmo um país. Os desastres atingem o lugar (casa, bairro, cidade) de modo amplo, por breve tempo ou permanentemente. Em relação à vida das pessoas, suas consequências podem atingir níveis elevados de destruição ou rompimentos em diversos campos, como: o laboral, o familiar, o social e, em especial, o intrapsíquico. Na intrapsíquica, observa-se um abalo na identidade, o que requer uma intervenção psicológica com a finalidade de possibilitar sua reconstrução e o resgate da confiança e da autoestima, pontos essenciais para a retomar uma vida funcional.

Uma das consequências à vida psíquica da vítima de desastre é o **trauma**. Segundo Hodgkinson; Stewart (1998 apud FRANCO, 2005), os principais sintomas dessa resposta são: intensa angústia frente a situações similares ao evento traumático; ansiedade; sensação de pânico; diminuição do interesse e da participação nas atividades rotineiras e sociais; tendência ao retraimento e isolamento; inabilidade para fazer projetos e medo de morrer.

De acordo com a American Psychiatric Association (1994 apud FRANCO, 2005), o trauma é revivido de modo persistente por meio de lembranças e memórias recorrentes e intrusivas, percepções e sonhos, sensação física de reviver as experiências por meio de alucinações e flashbacks dissociativos, além de comportamento e sensação de que a pessoa morta está viva e presente no ambiente. Pereira (2014) complementa essa posição ao incluir entre os sintomas do trauma: distúrbio do sono, irritabilidade, dificuldade para concentrar-se, desconfiança, agitação e insegurança, suor excessivo, palidez, enjoos, entre outros sintomas físicos.

Figura 2.8 | Alusão à situação geradora de trauma



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/pessoas-sem-teto-gm174062115-21198918>>. Acesso em: 20 maio 2017.

Geralmente, logo após um desastre ou uma tragédia, a chamada **fase assistencial**, observa-se que a ênfase recai sobre a ajuda humanitária, como: (1) fornecimento de suprimentos básicos de subsistência (água, alimentos, roupas, produtos de higiene, etc.), (2) encaminhamento das famílias desalojadas a casas de familiares ou amigos, (3) mobilização de recursos do entorno (comércio local, associações, entidades religiosas) que favorecem a rápida retomada à normalidade e o resgate da moral da população atendida. No entanto, Torlai (2010) observa a importância de oferecer apoio psicológico e atenção aos sobreviventes.

Nesse sentido, de acordo com Melo e Santos (2011), o psicólogo pode atuar direta ou indiretamente nas situações de desastre. **É na fase de emergência** que se trabalha as implicações sobre a vida das vítimas, da comunidade e dos profissionais que trabalham nesse contexto, pois eles são afetados pela força da situação e, por isso, são considerados vítimas do desastre ou da tragédia em que trabalham. Para esses autores, a **ação direta** é o atendimento às vítimas e ocorre por meio da escuta atenta e sensível ao sofrimento, entrevistas de apoio, podendo ser necessário que o psicólogo desempenhe o papel de portador de informações básicas e precisas que possam

ajudar a pessoa a se situar e se orientar diante da situação de caos.

No entanto, as questões de ordem prática (quando a água e a energia serão restabelecidas, etc.) são de fundamental importância para a retomada de uma rotina e das condições básicas de subsistência, o que favorece a reconstrução do equilíbrio psíquico e emocional.

Já a **ação indireta** diz respeito à participação na formação e preparação psicológica dos agentes que trabalham diretamente na resposta às diversas ocorrências, podendo ser voluntários ou funcionários de órgãos públicos, por exemplo.



Exemplificando

O psicólogo pode desenvolver e aplicar treinamento a profissionais (das diversas áreas) que irão trabalhar antes ou imediatamente após a ocorrência do desastre ou tragédia. Isso se justifica porque há procedimentos próprios para essas situações que se não forem observados podem contribuir para fortalecer o caos nesses ambientes. Além disso, atuar no contexto de desastres e emergências consome muito dos aspectos psicoemocionais dos profissionais que atuam na assistência às vítimas.

Tanto o psicólogo quanto os demais profissionais podem trabalhar na prevenção do desastre ou iniciar suas intervenções imediatamente após a ocorrência do fato. De acordo com Coêlho (2010 apud FREITAS; SCHEFFEL; SCHRUBER JÚNIOR, 2011, p. 14), na prevenção, o psicólogo pode:



Cooperar com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), realizando atividades nas escolas e com as comunidades, com o intuito de avaliar se os indivíduos têm a consciência de que moram em áreas de risco, bem como estabelecer vínculo com a população, pois caso haja um evento adverso, haverá muito mais propriedade em se trabalhar com os indivíduos.

Uma vez ocorrido o desastre ou a tragédia, para Bruck (2009 apud FREITAS; SCHEFFEL; SCHRUBER JÚNIOR, 2011), o psicólogo deve usar suas habilidades para localizar os limites entre a vida e a morte. Franco (2005) ressalta que o atendimento nesse contexto deve, necessariamente, eleger a **abordagem focal** devido à força e à extensão do evento na vida das pessoas.

Os **primeiros socorros psicológicos** é um guia e ao mesmo tempo um programa que disponibiliza apoio psicossocial às vítimas imediatamente após o desastre ou a tragédia. Seu objetivo é minimizar as dificuldades que se apresentam nessa fase e favorecer o funcionamento adaptativo de curto e longo prazos. Esse guia foi elaborado a partir da busca de ser consistente com as evidências relativas a risco e resiliência após o trauma; sensível e adequado aos variados momentos do ciclo de vida; ser sensível às diversas culturas e ser aplicado de maneira flexível (VERNBERG et al., 2008 apud PEREIRA, 2014). Vale ressaltar que por se tratar de uma estratégia de intervenção não é uma atividade restrita ao psicólogo, portanto profissionais de outras disciplinas – devidamente treinados – podem fazer uso dessa ferramenta.

É muito importante que os profissionais que assistem aos desastres e às grandes emergências estejam conscientes dos impactos que essas situações causam em si mesmos. Deste modo, poderão se resguardar ao estarem atentos à dimensão e à complexidade da atividade realizada, podendo perceber suas próprias limitações. Não raro essas pessoas também precisam de atendimento psicológico (MELO; SANTOS, 2011).



Refleta

Se o psicólogo que atua em situação de desastre e emergência também precisa de assistência psicológica, como poderá ajudar o outro que está mais fragilizado do que ele? Como esse profissional deve conduzir essa situação?

Freitas, Scheffel e Schruber Júnior (2011) recorreram a Bruck (2009) para apontar sugestões práticas na intervenção do psicólogo.

Figura 2.9 | Primeiros auxílios psicológicos: o que fazer e o que não fazer

COMPONENTES	O QUE FAZER	O QUE <u>NÃO</u> FAZER
CONTATO	Escutar as vítimas de modo cuidadoso e expressar aceitação.	Contar sua própria história; ignorar sentimentos e fatos; julgar ou impor comportamentos.
DIMENSÃO DO PROBLEMA	Fazer perguntas abertas para estimular a fala e favorecer a clareza sobre os sentimentos.	Permitir abstrações contínuas; enfatizar as cenas de perigo; dar a razão do problema.
POSSÍVEIS SOLUÇÕES	Favorecer ideias alternativas para enfrentar a situação; trabalhar de maneira direta e estabelecer prioridades.	Permitir a visão de passar por um túnel; não examinar obstáculos; permitir “salada” de necessidades.
AÇÕES	Dar um passo por vez; estabelecer metas específicas e de curto prazo; confrontar e ser diretivo quando for necessário.	Tentar resolver tudo imediatamente; tomar decisões de longo prazo; fazer promessas; não tomar decisões quando se fizer necessário.
SAÍDA	Combinar um segundo contato e avaliar os passos para a ação.	Deixar detalhes no ar; incentivar agir individualmente e deixar a avaliação para que outra pessoa faça.

Fonte: Bruck (2009 apud FREITAS; SCHEFFEL; SCHRUBER JÚNIOR, 2011).

A atuação do psicólogo visa favorecer o fortalecimento da capacidade adaptativa do indivíduo, o que pode ser alcançado ao oferecer a possibilidade para as vítimas recorrerem à ajuda e ao apoio da família e/ou da comunidade. Além disso, deve esclarecer

sobre perspectivas futuras e disponibilizar uma base segura para que possam se organizar psiquicamente perante o evento (FRANCO, 2005). De forma complementar, Melo e Santos (2011) afirmam que a **psicologia das emergências e dos desastres** deve ter como premissa compreender as relações entre as pessoas e o espaço em que vivem, assim como proporcionar qualidade de vida e satisfação.



Assimile

Como defende Pereira (2014, p. 105) “[...] a psicologia das emergências e dos desastres se refere a uma convergência entre saúde mental e a psicologia comunitária, com preocupação marcante a respeito das diferenças culturais e subculturais.”

Por sua vez, Bruck (2009 apud FREITAS; SCHEFFEL; SCHRUBER JÚNIOR, 2011), ressalta a importância de as vítimas perceberem que a inércia diante das emoções e da tristeza não contribuirá para reverter a situação na qual se encontram. Ao contrário, é necessário que percebam a necessidade de buscar e discutir soluções possíveis que permitam seguir em frente.

Um fator positivo no enfrentamento de perdas, rompimentos, do estresse e mesmo do trauma decorrentes do desastre é a **resiliência**. Para Gonçalves (2012), trata-se de um grupo de capacidades que podem ser favorecidas por meio de políticas e ações interativas que ajudam a reconstruir e melhorar a capacidade de responder e de recuperação de uma comunidade aos desastres. M. Anaut (2005 apud GONÇALVES, 2012, p. 9) explica:

Por outras palavras, poder-se-á dizer que a resiliência está relacionada com a capacidade: (a) de reconstrução positiva, (b) ultrapassar os problemas, (c) reinvestimento significativo das memórias, e (c) flexibilidade cognitiva. Espera-se que pessoas resilientes, em situações potencialmente traumáticas, sejam capazes de se adaptar com sucesso, não obstante fatores de risco, em si mesmos, contrários ao sucesso.



A resiliência é uma capacidade de resposta que pode ser encontrada em algumas pessoas (comportamento individual) ou em uma coletividade.

Figura 2.10 | Alusão à resiliência



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/flor-em-solo-rachado-gm519087618-90363211>>. Acesso em: 19 maio 2017.

De acordo com Ramírez (2001 apud FREITAS; SCHEFFEL; SCHRUBER JÚNIOR, 2011), as famílias que desconhecem a localização dos corpos de seus entes queridos ou não, os reconhecem em função dos danos causados ao corpo, tendendo a viver um luto prolongado, e, por isso, devem receber apoio psicológico contínuo até o momento em que consigam aceitar a perda de seu familiar. O autor prossegue enfatizando que, em catástrofes, o psicólogo deve realizar um acompanhamento junto à família no momento do reconhecimento dos corpos. Desse modo, assegura a oferta de suporte emocional aos familiares e auxílio básico para iniciar o prolongado processo de luto que terá pela frente. Trata-se de um cuidado clínico a ser ofertado a pessoas que tiveram sua saúde mental afetada em decorrência de desastre ou tragédia.

Em relação ao **luto em situações de desastres e emergências**, Franco (2005, p. 179) defende que:

A compreensão do luto como um processo permite entendê-lo ao longo de fases, das quais a primeira é a que mais toca de perto a realidade do atendimento em desastres aéreos. É a fase de entorpecimento, na qual a reação encontrada é de choque e descrença. O enlutado tem dificuldade em entrar em contato com a nova realidade e esta dificuldade é acentuada em situações de perda repentina ou inesperada. As fases seguintes (anseio e protesto, desespero e recuperação e restituição) podem se intercalar e têm duração variada. Quando as reações perante as perdas não são as esperadas, isto é, fogem da sintomatologia e do processo descrito acima, é encontrado um processo de luto complicado.

Bruck (2009 apud FREITAS; SCHEFFEL; SCHRUBER JÚNIOR, 2011) destaca que o apoio psicológico deve estimular o sobrevivente a restaurar a capacidade de enfrentamento imediato, de controlar os sentimentos para enfrentar a crise e, em seguida, iniciar a solução de problemas ao mesmo tempo em que deve buscar um sentido para prosseguir com sua vida.



Pesquise mais

Para conhecer mais sobre o trabalho do psicólogo no contexto de desastres e emergências, acesse o link a seguir (da página 4 à 19). O material disponível foi elaborado pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP) do Rio Grande do Sul.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL.
Enfrentamento de crises em situações de emergências e desastres.
Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo57.pdf>>.
Acesso em: 19 maio 2017.

Vale ressaltar que o auxílio necessário à reconstrução das vidas e da comunidade que foram modificadas por um desastre deve reunir os mais diversos tipos de serviços. Nesse sentido, profissionais de diversas áreas trabalham em conjunto formando uma **equipe multidisciplinar** cujas atividades desenvolvidas integram a possibilidade de retomar o cotidiano. Psicólogos,

médicos, bombeiros, enfermeiros, voluntários, equipe da defesa civil, religiosos, assistentes sociais, entre outros, devem buscar uma comunicação efetiva e a adoção de ações coordenadas para evitar desencontros e atrasos na oferta de melhoria à vida das vítimas.

Para Beltrame (2014), a comunidade que sofreu uma tragédia necessita de respostas rápidas, humanas e globalizadas. Para que isso ocorra faz-se necessário que os profissionais, voluntários e gestores que atuam nesse cenário trabalhem em conjunto, portanto, formando uma equipe multidisciplinar. Desse modo, poderão contemplar o maior número de aspectos da vida da comunidade atingida pelo desastre ou tragédia.

Sem medo de errar

A primeira ação dos alunos de psicologia no cenário da tragédia é identificar o coordenador das atividades e colocar-se à disposição. O coordenador direcionará os alunos ao trabalho e, desse modo, evitarão desencontros e atrasos na oferta de melhoria à vida das vítimas. Em seguida, será possível realizar ações coordenadas. Para tanto, precisam identificar o tipo de emergência e as demais necessidades das vítimas. As emergências, obviamente, terão prioridade, e cada cenário apresentará emergências específicas.

Em seguida, devem organizar as ações estabelecendo prioridades. Para tanto, vale lembrar as atividades próprias do psicólogo:

- Se tiver famílias que desconhecem a localização dos corpos de seus entes queridos (e provavelmente terá), os alunos de Psicologia devem acompanhá-las no reconhecimento dos corpos com o objetivo de oferecer suporte emocional aos familiares e auxílio básico para iniciar o prolongado processo de luto que terá pela frente.

Por se tratar de um evento recente, os estagiários podem aplicar uma ação direta, ou seja, atender as vítimas oferecendo uma escuta atenta e sensível ao sofrimento; realizando entrevistas de apoio e mesmo, sendo necessário, levar informações básicas e precisas que possam ajudar a pessoa a se situar e se orientar diante da situação de caos.

Além disso, os alunos devem ter bem claros os comportamentos ou ações inadequadas para que estas não sejam adotadas. Segundo Bruck (2009 apud FREITAS; SCHEFFEL; SCHRUBER JÚNIOR, 2011), recorrer a esse tipo de ações acarretaria mais sofrimento às vítimas, a saber:

- Contar sua própria história.
- Ignorar sentimentos e fatos.
- Julgar ou impor comportamentos.
- Permitir abstrações contínuas.
- Enfatizar as cenas de perigo.
- Dar a razão do problema.
- Permitir a visão de passar por um túnel.
- Não examinar obstáculos.
- Permitir “salada” de necessidades.
- Tentar resolver tudo imediatamente.
- Tomar decisões de longo prazo.
- Fazer promessas.
- Não tomar decisões quando se fizer necessário.
- Deixar detalhes no ar.
- Incentivar a ação individual.
- Deixar a avaliação para que outra pessoa faça, ou seja, “passar a bola para frente”.

Faça valer a pena

1. De acordo com Melo e Santos (2011, p. 7), “as consequências psicológicas de um desastre são inevitáveis, pois este se configura sempre como uma fonte acelerada de estresse e representa sempre uma ameaça à vida e fonte de destruição (CFP, 2005). As contribuições da psicologia são muito importantes na prevenção e redução de desastres, bem como no tratamento das consequências psicológicas oriundas de um evento adverso vivido por um indivíduo, por uma comunidade ou cidades inteiras.” “Em relação ao objetivo do apoio psicológico às vítimas de desastres ou tragédias, podemos afirmar que se trata de:

- I. Minimizar o sofrimento da vítima ao dizer que esta deve se conformar com o ocorrido, afinal sempre há alguém em situação pior.
- II. Mostrar que outras pessoas foram mais atingidas em desastres de proporções maiores e conseguiram reagir à tragédia.
- III. Estimular o sobrevivente a restaurar a capacidade de enfrentamento imediato.
- IV. Ajudar a controlar os sentimentos para enfrentar a crise e em seguida iniciar a solução de problemas.

Assinale a alternativa que indica as proposições corretas em relação ao objetivo do apoio psicológico às vítimas de desastres ou tragédias.

- a) Apenas I e II são corretas.
- b) Apenas I e III são corretas.
- c) Apenas II e III estão corretas.
- d) Apenas III e IV estão corretas.
- e) I, II, III e IV estão corretas.

2. Os fatores que geram ou contribuem para a ocorrência de desastres conferem características próprias que irão influenciar a forma como essas situações podem ser geridas e as consequências causadas ao meio ambiente e à população vitimada. Além dos desastres naturais, há também os desastres humanos e os mistos, que combinam esses dois fatores.

Assinale a alternativa cujo desastre ou tragédia em questão é classificado como um “desastre humano”.

- a) Os terremotos ocorridos no Japão.
- b) Os incêndios em favelas nas grandes cidades.
- c) O volume das chuvas de verão.
- d) O *tsunami* ocorrido na Indonésia em 2004.
- e) Os raios que caem nos oceanos.

3. É na fase de emergência que se trabalham as implicações do evento ocorrido sobre a vida das vítimas, da comunidade e dos profissionais que trabalham nessas situações. Esse contexto denomina-se ação direta no atendimento às vítimas.

Assinale a alternativa que apresenta um exemplo de ação direta.

- a) Concessão de dinheiro para aluguel de moradia provisória.
- b) Palestras sobre o luto, perdas e vulnerabilidade.
- c) Escuta atenta e sensível ao sofrimento das vítimas.
- d) Dinâmicas de grupo que reconstituam o momento do desastre.
- e) Orientações de como não pensar nas perdas e olhar para frente.

Referências

ALVES, E. G. dos R. Desastres coletivos: perda, morte e luto. In: SANTOS, F. S. (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Comenius, 2010. v. 3, p. 282-304.

ARAÚJO, M. F. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. **Psicol. Teor. Prat.**, v. 9, n. 2, São Paulo, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200008>. Acesso em: 29 abr. 2017.

BELTRAME, G. S. **Desafios às equipes de atenção básica em saúde no enfrentamento de uma situação de tragédia**. 2014. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Santa Maria, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br:8080/xmlui/bitstream/handle/1/486/Beltrame_Gabriela_Spode.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 maio 2017.

BOX, S. et. al. **Psicoterapia com famílias: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CERVENY, C. **A família como modelo: desconstruindo a patologia**. São Paulo: Livro Pleno, 2011.

_____. **O scenotest como instrumento de investigação das relações familiares, no processo de diagnóstico psicológico com crianças e adolescentes**. 1982. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1982.

DIAS, M. **Terapia de casal**. Lisboa, 2015. Disponível em: <<http://knoow.net/ciencsocialhuman/psicologia/terapia-de-casal/>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação**. 2011. 100 f. Brasília: CFP, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/emergencias_e_desastres_final.pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.

CASTRO, M. G.; TIMMEN, V. Formas comunicativas na psicoterapia com adolescentes. In: CASTRO, M. G.; STÜRMER, A. et. al. **Criança e adolescente em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAVALCANTE, J. O recurso lúdico no processo de adoecimento infantil. **Psicologia & saberes**, v. 3, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/229/177>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional**. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

FÉRES-CARNEIRO, T. Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 16, n. 1, Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931996000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 maio 2017.

FÉRES-CARNEIRO, T.; DINIZ NETO, O. Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. **Paidéia**, v. 20, n. 46, p. 269-278, maio-ago. 2010. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2014/655-1401373475.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

FILOMENO, K. **Da cibernética à teoria familiar sistêmica**. 2002. 33 f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia)-MOVIMENTO – Instituto e Clínica Sistêmica de Florianópolis, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/Teoria-Sist%C3%AAmica.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2017.

FRANCO, M. H. P. Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 177-180, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v10n2/a03v10n2.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

FREITAS, C. M. et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3645-3656, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3645.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

FREITAS, R.; SCHEFFEL, L.; SCHRUBER JÚNIOR, J. **Atuação do psicólogo nas emergências e desastres**. 2011. Disponível em: <<http://www.abrapede.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Atua%C3%A7%C3%A3o-do-Psic%C3%B3logo-nas-Emerg%C3%AÂncias-e-Desastres.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

GONÇALVES, C. D. "Desastres Naturais". Algumas considerações: vulnerabilidade, risco e resiliência. **Territorium**, n. 19, p. 5-14, 2012. Disponível em: <<http://impactum-journals.uc.pt/index.php/territorium/article/view/3067>>. Acesso em: 20 maio 2017.

GOMES, I. C.; ZANETTI, S. A. Transmissão psíquica transgeracional e a construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 93-108, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v20n1/v20n1a06.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017.

GRANDESSO, M. Desenvolvimento em terapia familiar: das teorias às práticas e das práticas às teorias. **Manual de terapia familiar**, p. 104-118, 2009. Disponível em: <<http://www.terapiannarrativa.com.br/artigos/Das%20Teorias%20E0s%20pr%Eticas%20e%20das%20pr%Eticas%20E0s%20teorias%20-%20Marilene%20Grandesso.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2017.

GONÇALVES, S. **Construção de uma cartilha informativa sobre psicoterapia infantil**. 2009. 40 f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia)-Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, 2009. Disponível em: <<http://siaib01.univali.br/pdf/Susi%20Gon%C3%A7alves.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

GASTAUD, M. B. **Indicação, concordância em iniciar tratamento e melhora inicial na psicoterapia psicanalítica**. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria)-Universidade Federal do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, RS, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115611/000884899.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

KLEIN, M. **Psicanálise da criança**. 3. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

WINNICOTT, D. W. Notas sobre o brinquedo. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____. O jogo do rabisco (*Squiggle game*). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1964/1994.

LEITE, R. F. Caixa lúdica e novas tecnologias. **Estud. Psicanal.**, n. 45, Belo Horizonte, jul. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372016000100015>. Acesso em: 29 abr. 2017.

MACHADO, M. Compreender a terapia familiar. Portal dos psicólogos. Lisboa, 20 maio 2012. Disponível em: <<http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Resenha%20do%20texto.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2017.

MELO, C. A.; SANTOS, F. A. As contribuições da psicologia nas emergências e desastres. **Psicólogo inFormação**, ano 15, n. 15, jan./dez. 2011. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/3177/3045>>. Acesso em: 18 maio 2017.

NASIO, J. D. **Como trabalha um psicanalista?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

OZELLA, S. Adolescência uma perspectiva crítica. In: KOLLER, S. H. **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/01/adolescencia1.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2017.

PAES, I. C. **Alta em psicoterapia psicanalítica com criança**. 2013. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Faculdade de Psicologia, pós-graduação em Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/4771/1/000449062-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

PEREIRA, R. S. A. **Psicologia das emergências e dos desastres: uma pesquisa bibliográfica sobre pressupostos, conceitos e ações na área**. 2014. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/15370/1/Rodrigo%20de%20Souza%20Amador%20Pereira.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

PONCIANO, E. L. Família nuclear e terapia de família: conexões entre as duas histórias. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 25-37, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7757/5605>>. Acesso em: 11 maio 2017.

PRUDENCIATTI, S.; TAVANO, L.; NEME, C. L. O desenho-estória na atenção psicológica a crianças na fase pré-cirúrgica. **Acad. Paul. de Psicol.**, São Paulo, v. 33, n. 85, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200006>. Acesso em: 29 abr. 2017.

ROCCO, T.; SANTOS, G. Psicodiagnóstico infantil: uma visão além do brincar. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 37, n. 1, p. 93-102, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/23998/20000>>. Acesso em: 3 maio 2017.

ROCHA, M.; BARRETO, J. A ludoterapia no processo do luto infantil: um estudo de caso.

Psicologia em Pesquisa, anais eletrônicos, 2015. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/8555/4943>. Acesso em: 27 abr. 2017.

ROSAL, A. S. R. **Vida de expatriado**: carreira e subjetividade do executivo solteiro pelo olhar da psicologia. São Paulo: Zagodoni, 2016.

SEI, M.; ZUANAZZI, A. C. A clínica psicanalítica com adolescentes: considerações sobre a psicoterapia individual e a psicoterapia familiar. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000200006>. Acesso em: 28 abr. 2017.

STÜRMER, A. As origens da psicoterapia de crianças e de adolescentes na psicanálise. In: CASTRO, M. G.; STÜRMER, A. et. al. **Criança e adolescente em psicoterapia**: a abordagem psicanalítica. Porto Alegre: Artmed, 2009

SILVEIRA, T. O papel da criatividade nas relações conjugais: os limites do "eu" e os limites do "nós". **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 7, p. 199-207, 2007. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/>>. Acesso em: 11 maio 2017.

TORLAI, V. C. **A vivência do luto em situações de desastres naturais**. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/14965/1/Viviane%20Cristina%20Torlai.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

TURATTI, M.; LUCAS, M. Compreendendo o ciúme da relação conjugal: um olhar sistêmico. **Unoesc & Ciência** - ACBS Joaçaba, v. 7, n. 2, p. 145-152, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/11945/pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

WADDELL, M. A família e sua dinâmica. In: BOX, S. et. al. **Psicoterapia com famílias**: uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

ZACHARIAS, D. et. al. **Um olhar sistêmico sobre a infidelidade e suas implicações**. IV Jornada de pesquisa em Psicologia. 25 e 26 novembro de 2011, UNISC, Santa Cruz do Sul. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10192/51>. Acesso em: 11 maio 2017.

Outras modalidades

Convite ao estudo

Prezados alunos,

Mais uma unidade se inicia e outra vez sua participação será o diferencial na aquisição de conhecimento. Cada conteúdo foi preparado para agregar valia a sua formação e favorecer sua atuação profissional futura. Portanto, invista parte de seu tempo na leitura do material didático, na realização dos exercícios e nas demais atividades a serem feitas antes, durante e após cada aula.

Agora, vamos lembrar o contexto de aprendizagem apresentado na primeira seção de seu livro didático para contextualizar a situação-problema que lhe será apresentada mais adiante.

A Universidade Sigmund Freud está localizada em uma importante metrópole brasileira. Destaca-se no país enquanto centro de excelência em Psicologia Clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos e tem um excelente corpo docente. Seus professores são bastante exigentes, em especial em relação às disciplinas de estágio clínico. A média é oito, por isso os alunos precisam se dedicar fortemente à formação acadêmica e observar os princípios, a teoria e os aspectos técnicos da psicoterapia. Agora, imagine que você é aluno do 10º semestre de Psicologia e, como se destacou desde o início do curso, tornou-se assistente da disciplina Estágio Clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Seção 3.1

Modalidades em Psicoterapia IV

Diálogo aberto

Imagine que Matilde é aluna de Psicologia da Universidade Sigmund Freud, tendo iniciado seu estágio na clínica-escola, e vai atender pela primeira vez. O paciente que lhe foi encaminhado chama-se Raimundo, tem 48 anos, é casado e tem três filhos menores de idade. Há dois meses foi demitido da metalúrgica na qual trabalhou por 12 anos. Gostava muito dessa atividade porque podia usar as habilidades manuais que no passado distante foi bastante valorizada: recebeu prêmios quando trabalhava com artesanato e ganhava bem o suficiente para ajudar a pagar a faculdade de seu irmão. Com o salário na metalúrgica sustentava a família. Agora, desempregado, não consegue pensar em possibilidades para voltar ao mercado de trabalho. Ao contrário, não consegue sair de casa, mostra-se muito irritado e não acredita ter habilidades que favoreçam encontrar outro trabalho. Como somente ele trabalhava na família e suas reservas financeiras estão chegando ao fim, tem se cobrado duramente no sentido de encontrar outra atividade laboral urgentemente. Bem, agora que conhece a situação que Raimundo enfrenta, ajude Matilde a definir que tipo de psicoterapia é mais indicada para esse paciente e justifique por que o método escolhido é o mais indicado para ajudá-lo.

Não pode faltar

A psicoterapia breve (PB) é associada a um tratamento psicoterápico de curta duração, independentemente do motivo que tenha gerado o curto período de encontros entre psicoterapeuta e paciente. No entanto, o que a define não é somente o reduzido número de sessões comparado ao do tratamento psicanalítico clássico. Trata-se de uma modalidade de psicoterapia com propósito (objetivo) possível de ser atingido dentro do limitado tempo em que ocorre e com foco bem definido. Esse tempo pode ou não ser estabelecido previamente e é influenciado pelas estratégias clínicas a serem adotadas. Segundo Oliveira (1999, p. 10), “as psicoterapias breves estão, em termos técnicos, alicerçadas num tripé: foco, estratégias e objetivos”

De acordo com Pena (2014, p. 466),



O objetivo da PB é que o foco seja atendido, permitindo, desse modo, a ampliação, a organização e o fortalecimento do ego e a possibilidade de uma experiência positiva de modo a deixar marcas importantes no sujeito.

A PB tem como objetivo esclarecer a natureza dos conflitos apresentados pelo paciente e criar condições que possa resolvê-los do melhor modo possível (KAHTUNI, 2003 apud PENA et al., 2014). A PB desenvolve funções preventivas a danos futuros ao paciente por meio de intervenções focais (HEGENBERG, 2004; NEME, 2005 apud RAMOS; NEME; DAMETO, 2008). Na PB o psicoterapeuta adota uma postura ativa e propulsora da mudança.

Pena et al. (2014, p. 465) defende que a PB é:



Uma forma inovadora de fazer psicanálise, uma vez que pode ser utilizada em locais onde há muita demanda e pouco tempo; o custo financeiro torna-se menor e há a possibilidade de prover uma marca psíquica para um possível retorno desse paciente para um processo psicoterápico.

A PB oferece qualidade equivalente à atingida em psicoterapias de longa duração, contudo se diferencia em relação às características e aos limites de sua indicação (LEMGRUBER, 1990 apud RAMOS; NEME; DAMETO, 2008). É relativamente comum que a PB seja a porta de entrada para uma psicoterapia de longa duração, já que em sua conclusão o paciente pode ser encaminhado à psicoterapia de longa duração (HEGENBERG, 2004; NEME, 2005 apud RAMOS; NEME; DAMETO, 2008).



Assimile



A Psicoterapia Breve tem como característica a limitação do tempo, desta forma se elabora um plano de tratamento com base na problemática apresentada

pelo paciente, trabalhando com os objetivos e com o foco definido da terapia. A entrevista inicial é utilizada para entender a problemática do paciente e igualmente realizar avaliação do mesmo. A partir desta avaliação é possível formular objetivos e realizar o plano de tratamento. A Psicoterapia Breve é flexível e permite utilizar outros instrumentos e técnicas, fazendo adaptações quando necessário. (PORTOT, 2016, p. 1)

Assim como nas psicoterapias de longa duração, na PB a aliança terapêutica é indicada como um aspecto central para a evolução exitosa da PB. Da mesma forma é associada à interrupção e ao abandono desse processo psicoterápico. Vale lembrar que de acordo com Abuchaim (2016, p. 13) aliança terapêutica é:

Um processo que se estabelece entre paciente e terapeuta, contendo aspectos conscientes e inconscientes, que está baseado em experiências prévias, onde foi possível o estabelecimento de uma relação interpessoal, sendo dessa forma, um vínculo real com o terapeuta indispensável para realização do trabalho psicoterápico.

A psicoterapia breve é indicada para pacientes que apresentam, de modo claro, uma queixa decorrente de uma situação de crise, seja esta circunstancial ou de desenvolvimento; deve apresentar recursos egoicos, necessários ao processo de mudança; ter desejo de mudar, o que é fundamental para o êxito da PB (PENA et al., 2014). Por sua vez, a PB não se aplica a toda estrutura de personalidade. É contraindicada para sujeitos com psicose crônica, enfermidades psicossomáticas, psicopatias, perversões, toxicomanias, além de pacientes em estados fronteiriços. Pessoas com essas estruturas de personalidade não se beneficiariam dos resultados que a PB pode proporcionar (KAHTUNI, 2003 apud PENA et al., 2014).

Na psicoterapia breve psicodinâmica, o foco é a hipótese diagnóstica identificada pelo psicoterapeuta a partir da queixa relatada pelo paciente, de sua história de vida, apoiada no arcabouço teórico que direciona a

prática psicoterápica adotada por cada profissional. É exatamente o trabalho em torno do foco que permite a psicoterapia ser breve, ou seja, com duração reduzida em comparação à psicanálise (YOSHIDA, 2012 apud SILVA; LÔBO; MARINHO, 2013). Vale ressaltar que diversas abordagens (psicanalítica, psicodinâmica, entre outras) desenvolvem PB.

A psicoterapia breve psicodinâmica é uma técnica não regressiva indicada para quadros agudos, em situações de crise, situações de mudança, distúrbios de intensidade leve ou na fase inicial de distúrbios de intensidade moderada. Em função desses critérios de indicação, a psicoterapia breve psicodinâmica não provoca mudança na estrutura de personalidade, tampouco este é seu objetivo. No entanto, a psicoterapia breve psicodinâmica pode promover mudanças dinâmicas que ultrapassam a supressão de sintomas (MOURA, 2014).

Em oposição a esta concepção, segundo Moura (2014), Gilliéron e Hegenber defendem a possibilidade de o psicoterapeuta adotar uma postura neutra (não ativa), a atenção flutuante e a livre associação enquanto técnicas no processo de PB e deste modo desenvolver um trabalho que permite, por parte do paciente, a tomada de decisão em nível profundo.



Exemplificando

A postura ativa permite que o psicoterapeuta se coloque abertamente sugerindo tarefas, indicando ações, como ao sugerir determinado ritual de despedida - enterrar uma foto da pessoa falecida que não pode ser velada - com o objetivo de favorecer a elaboração do luto. Este recurso é bastante usado na terapia sistêmica. Já em relação à postura neutra, o psicoterapeuta faz perguntas, interpreta a fala do paciente, mas não faz sugestões em relação ao comportamento ou às ações a serem adotadas.

De acordo com Kahtuni (2003 apud Pena et al., 2014), uma vez respeitados tais requisitos, a PB pode ser realizada em ambientes como: escolas, hospitais e demais unidades de saúde. É indicada tanto para crianças e adultos quanto para idosos, desde que as seguintes condições sejam observadas: (1) situações emergenciais de crise que requerem rápida intervenção terapêutica; (2) necessidade de atender grande número de pessoas; (3) busca por atendimento mais rápido, seja pelo paciente, pelos profissionais envolvidos ou pela instituição em que a psicoterapia acontece; (4) pessoas ou comunidade em situação socioeconômica precária; (5) estrutura psíquica favorável.

Figura 3.1 | Alusão à psicoterapia breve



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/man-at-the-psychologist-gm627986384-111338897>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

A psicoterapia breve operacionalizada (PBO) é uma modalidade de PB criada no Brasil pelo psicanalista Ryad Simon, originada com base na teoria da adaptação. Vale ressaltar que para Simon (1989 apud SIMON; YAMAMOTO, 2008) adaptação é o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que o modificam e permite a manutenção de sua organização (ainda que seja mínima) compatível com a vida.

De acordo com Simon (1989 apud SIMON; YAMAMOTO, 2008, p. 146), “todos os seres vivos são indivíduos que, por terem conseguido desenvolver alguma forma de adaptação, permanecem vivos; e que aqueles que não a conseguiram, não sobreviveram e sucumbiram à morte.” Desta forma, o autor entende que a adaptação é igualmente eficaz entre os seres vivos e varia de eficaz a ineficaz – esta, em diferentes graus – de uma pessoa para outra e também numa mesma pessoa, de acordo com adequação das soluções que ela adota para atender às necessidades originadas a partir de seus mundos interno e externo.

O objetivo da PBO é auxiliar o paciente a identificar e compreender os conflitos que originaram e sustentam as soluções pouco ou pouquíssimas adequadas e, em função de sua inadequação, determinaram a formação de situações-problema, ou seja, originaram uma crise adaptativa cujo desfecho dependerá de seus recursos

peçoais e também dos recursos externos, o que inclui a psicoterapia breve. O que justifica, nesses casos, a indicação de PB é a situação de crise (SIMON; YAMAMOTO, 2008).

De acordo com Simon (apud SIMON; YAMAMOTO, 2008, p. 148), quando uma pessoa se vê diante de “[...] uma situação nova e vitalmente transformadora, em decorrência de um acontecimento brusco, súbito e inesperado” e também repleto de forte significado emocional, se encontra, portanto, em crise adaptativa. Desse modo, dado o impacto provocado pelo acontecimento, a pessoa “fica, temporariamente, sem condições de elaborar e encaminhar uma solução para resolver o problema adaptativo surgido”.

O processo psicoterápico da PBO ocorre em duas fases: (1) a fase diagnóstica, quando são realizadas entrevistas em número suficiente para se obter os dados necessários para conhecer a evolução da adaptação do paciente desde sua infância até o momento atual; fazer a avaliação da eficácia da adaptação atual; definir as situações-problema; planejar e definir o número de sessões necessárias; (2) a chamada fase terapêutica, quando as sessões acontecem, podendo ir de uma a doze sessões terapêuticas semanais, no máximo.

Essa modalidade de PB é indicada a toda pessoa que esteja vivenciando um problema adaptativo (situação-problema), podendo, portanto, beneficiar-se dos resultados que a PBO pode proporcionar. O fundador da PBO alerta que em determinadas circunstâncias a situação-problema pode se transformar em uma crise adaptativa, exigindo do psicoterapeuta atenção especial e imediata (SIMON; YAMAMOTO, 2008).

A PBO busca favorecer a substituição das soluções inadequadas por outras mais adequadas para resolver as situações-problema. A PBO defende a elaboração de soluções que possam transformar a crise em um momento de crescimento que leve o sujeito em direção à maturidade emocional. Adota como recursos técnicos interpretações teorizadas, ou seja, interpretações formuladas a partir da história pregressa da adaptação do paciente e da compreensão psicodinâmica de seus complexos inconscientes, pois trata-se de uma PB de abordagem psicanalítica (SIMON; YAMAMOTO, 2008).

Segundo Oliveira (2007), a psicoterapia breve infantil (PBI) teve seu início com Allen em 1942. Esse psicoterapeuta foi discípulo de Otto Rank, um dos mais importantes percussores da psicoterapia breve de

adultos. A PBI surgiu a partir da ideia de centrar a relação terapêutica no aqui-agora e, desse modo, ajudar a criança a suportar ligações patológicas estabelecidas com os pais, mas perceber-se como um indivíduo diferente destes.

Na América Latina, o grande nome da PBI é Arminda Aberastury. Essa psicoterapeuta defende que esta modalidade de tratamento se aplica principalmente a situações de emergência e crises agudas, tais como: preparação para cirurgias; adoção; separação dos pais ou migração. Tem como objetivo a cura de sintomas ou a solução de um conflito específico. Ressalta que a PBI não se aplica, portanto, à cura de conflitos psicológicos profundos ou à mudança de estruturas de personalidade. Tem por estratégia oferecer à criança e a seus pais o máximo possível de informações sobre a situação em questão e desse modo trabalhar os emergentes que surgirem, o que deve ocorrer por meio da interpretação, adequada aos limites da PB. A autora defende ainda que a PBI pode ser realizada individualmente com a criança, ou também em grupo, ou seja, com a criança e seus pais (OLIVEIRA, 2007).

Quadro 3.1 | Proposta de PBI defendida por Aberastury

Foco	Objetivos	Estratégia	Pais	Forma de atendimento
Conflito em situações específicas e situações principalmente emergenciais e agudas.	Cura sintomática ou resolução de um conflito determinado.	Fornecer informações sobre a situação vivida e trabalhar com emergentes por meio da interpretação adaptada à PB.	Informação sobre a situação atual e interpretação.	Criança individualmente ou em grupo com os pais.

Fonte: Oliveira (2007, p. 66).

Oliveira (2007) diz que no Brasil a PBI surgiu em 1989 por meio de um grupo de psicoterapeutas com formação na abordagem psicodinâmica.

A psicoterapia on-line ainda não conta com legislação específica que defina os variados aspectos que a envolvem. Ainda há muito a conhecer sobre as possibilidades, os riscos, os perigos e os recursos de segurança que rondam o psicólogo que trabalha com auxílio da internet. A escassa regulamentação para serviços de psicologia por meio da rede mundial de computadores não permite a oferta de psicoterapia de qualquer modalidade. Ao contrário, o Conselho Federal

de Psicologia (CFP) veta a oferta de psicoterapia mediada por internet. No entanto, permite os serviços cujo caráter não é psicoterapêutico, como: a orientação profissional, consultorias, seleção de pessoal, orientação psicológica e afetivo-sexual, entre outros.

De acordo com a Resolução CFP 11/2012 (mais recente até o momento), são permitidos:



- I. As Orientações Psicológicas de diferentes tipos, entendendo-se por orientação o atendimento realizado em até 20 encontros ou contatos virtuais, síncronos ou assíncronos;
- II. Os processos prévios de Seleção de Pessoal;
- III. A Aplicação de Testes devidamente regulamentados por resolução pertinente;
- IV. A Supervisão do trabalho de psicólogos, realizada de forma eventual ou complementar ao processo de sua formação profissional presencial;
- V. O Atendimento Eventual de clientes em trânsito e/ou de clientes que momentaneamente se encontrem impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial.

No entanto, prevê a realização de psicoterapia on-line em caráter experimental. Para prestar orientação psicológica por meio da internet, o profissional psicólogo deve ter um site destinado exclusivamente para tal fim e cadastrá-lo no site do CRP. A validade desse cadastro é de três anos, podendo ser renovada por igual período. De acordo com a referida resolução, as informações nesses sites devem:



- a) Especificar o nome e o número do registro da(o) psicóloga(o) Responsável Técnica(o) pelo atendimento oferecido, bem como de todos os psicólogos que forem prestar serviço por meio do site;
- b) Informar o número máximo de sessões permitidas de acordo com esta resolução;
- c) Manter links na página principal para: o Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o); esta resolução; o site do Conselho Regional de Psicologia no qual a(o) psicóloga(o) está inscrita(o); o site do Conselho Federal de Psicologia no qual consta o cadastro do site;
- d) Especificar quais são os recursos tecnológicos utilizados para garantir o sigilo das informações e esclarecer o cliente sobre isso.

É recomendado ainda: descrever claramente os serviços prestados; o público alvo; e o contato do psicólogo (telefone e e-mail).

Além dos aspectos legais, a eficácia, ou não, da psicoterapia on-line é uma questão que concentra diversos pontos de vista. Em diversos outros países essa modalidade de psicoterapia é permitida e mostra bons resultados. Pieta e Gomes (2014) lembram que o atendimento psicoterápico por telefone surgiu na década de 1950. Já a psicoterapia pela internet surgiu mais recentemente, há aproximadamente 10 anos. Segundo esses autores, a expressiva resistência presente em seu surgimento foi abrandada, as tecnologias avançaram, os profissionais buscaram se capacitar na tentativa, até mesmo, de dominar o uso da internet, e observa-se a adesão de pacientes a esse recurso.

O debate em torno desse tema divide-se entre os benefícios e os perigos ao sigilo e a eficácia. Entre os benefícios, segundo Pieta e Gomes (2014), destaca-se a busca por tratamento por parte de pessoas introvertidas e com transtorno de ansiedade, por exemplo. Além disso, Rodrigues (2014, p. 88) aponta outros benefícios. Essa pesquisadora entrevistou usuários de psicoterapia on-line e constatou, junto à maioria dos usuários que participou de sua pesquisa, os seguintes benefícios:

[...] praticidade e comodidade como características principais desse tipo de atendimento psicológico, pela possibilidade de o atendimento ser no conforto da própria casa, pode acontecer mesmo durante viagens, além de propiciar economia de tempo e dinheiro (gasto com combustível e estacionamentos). (RODRIGUES, 2014, p. 88)

Barnet (2003 apud RODRIGUES, 2014, p. 28) recomenda alguns cuidados na tentativa de aumentar a segurança dos dados dos atendimentos on-line:

Uso de senha ou criptografia de todas as informações confidenciais do paciente; acesso limitado ao computador; backup de todos os dados do computador em discos, com a certeza de que estes sejam guardados em local secreto; ao descartar discos usados, usar programa que apague arquivos, imprimindo caracteres aleatórios sobre eles para que os dados apagados não possam ser reconstituídos; e uso de firewall para ajudar a prevenir o acesso não autorizado a materiais confidenciais através da internet.

Entre as desvantagens, a maior preocupação é em relação ao sigilo dos dados do paciente e seu anonimato. Ainda não é possível assegurar total segurança no ambiente virtual. Nesse sentido, a rede de computadores é vulnerável a ataques em diferentes graus. Contudo, Rodrigues (2014, p. 29) recomenda algumas ações pertinentes e fundamentais para a proteção e o sigilo do conteúdo das sessões. Tais recomendações centram-se no tipo dos recursos que o computador a ser usado deve conter: “[...] configurações de criptografia, autenticação e segurança em nível máximo; sistema operacional atualizado (com todas as correções disponibilizadas pelo fabricante); programa de antivírus também atualizado e ativado.”

A autora recomenda consultar um técnico em informática para auxiliar na adoção de medidas preventivas. De modo complementar, Rodrigues (2014, p. 29) ressalta alguns comportamentos a serem adotados tanto pelo paciente quanto pelo psicoterapeuta:



[...] comprometer-se a realizar as sessões em ambiente suficientemente iluminado, de modo a permitir a identificação dos participantes da conversa que devem, antes de iniciar a sessão, tornar-se mutuamente visíveis por meio de webcam. Devem, ainda, providenciar para que a sessão aconteça em espaço reservado, no qual paciente e terapeuta estejam sozinhos.



Reflita

Diante do possível vazamento do conteúdo das sessões, como ficaria a questão transferencial, a resistência à psicoterapia e as persecutoriedades do paciente?

Diversos pesquisadores (GERMAIN, et al., 2010; FLETCHER-TOMENIUS; VOSSLER, 2009 apud PIETA; GOMES, 2014) têm observado resultados semelhantes ao compararem a psicoterapia presencial com a psicoterapia mediada pela internet. Rodrigues (2014) afirma que a psicoterapia on-line provoca as mesmas emoções, sensações, aspirações e resistência que a psicoterapia presencial. Contudo, acreditamos que a efetividade dessa modalidade de

atendimento deve ser mais amplamente pesquisada de modo que os psicoterapeutas tenham maior clareza nesse sentido.

Figura 3.2 | Psicoterapia on-line



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/velho-sozinho-deprimido-homem-visitas-a-psicoterapeuta-virtual-gm524895492-92287065>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

A psicoterapia de apoio (PA) é um modelo composto de fundamentos teóricos e procedimentos técnicos. É uma modalidade de psicoterapia amplamente adotada em tratamentos psiquiátricos e parceria com o tratamento medicamentoso. É muito utilizada em situações de crises ou descompensações transitórias e tem por objetivo integrar capacidades deterioradas, assim como fortalecer as defesas do paciente (CORDIOLI, et al., 2008). A PA é também indicada para tratar de diversas psicopatologias cujas funções egoicas são comprometidas. Visa também aumentar a autoestima do paciente e melhorar sua capacidade adaptativa.

Esse autor defende que, na psicoterapia de apoio, o terapeuta busca estabelecer uma aliança terapêutica baseada na realidade buscando, portanto, auxiliar o paciente na solução de seus problemas. Entende-se por realidade aspectos da vida prática do paciente centrados no nível consciente, e não uma oposição ao que não seria real. Deste modo, as psicoterapias de apoio se ocupam da eliminação dos sintomas, e não da compreensão e ressignificação da causa dos sintomas, como faz a psicanálise.

Ao contrário do que ocorria em sua origem, a psicoterapia de apoio atualmente é indicada para pessoas saudáveis do ponto de vista psiquiátrico, ou seja, indivíduos bem adaptados, com boa rede social de apoio, contudo, vivem problemas breves, como crise, desastre ou trauma (CARDIOLI, et al., 2008).



Pesquise mais

Para conhecer mais sobre a psicoterapia de apoio, leia o artigo indicado a seguir. Este texto apresenta um estudo de caso, o que revela aspectos da prática psicoterápica.

NEMA BARRETO, J. B.; CAMPOS, C; A. A psicoterapia de apoio como método para atender à demanda de queixa nos relacionamentos interpessoais: um estudo de caso. **Pesquisa em Psicologia**, 2016. Anais Eletrônicos. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/11914/6432>. Acesso em: 10 jun. 2017.

Apesar de apresentar algumas semelhanças com a psicoterapia breve, a psicoterapia de apoio diferencia-se desta, entre outros fatores, porque pode ocorrer durante um longo período. A psicoterapia de apoio de longa duração é indicada para pacientes com significativas incapacitações do ego. Já a psicoterapia de apoio de breve duração é indicada para controlar crises agudas que podem ocorrer em pessoas anteriormente sadias (SIFNEOS, 1972 apud CORDIOLI, et al., 2008).

A psicoterapia de apoio está em acordo com a compreensão de psicoterapeutas que defendem um tratamento psicoterápico que priorize aspectos práticos da vida cotidiana com o objetivo de oferecer respostas diretas ao paciente que atravessa um momento de inadequação ou crise. Além disso, permite a participação ativa do terapeuta durante o processo psicoterápico.

Sem medo de errar

Para ajudar Matilde a definir que tipo de psicoterapia é mais indicada para Raimundo, é fundamental considerar a situação em que este se encontra: desempregado e com uma família para sustentar, cobra-se severamente para se recolocar, mas não consegue pensar em

como fazer isso, uma vez que desacredita de suas habilidades, não consegue sair de casa e mostra-se muito irritado. Essas informações apontam para um método psicoterápico que favorece a solução dessa situação o mais breve possível. Para que Raimundo tenha êxito nessa empreitada, ele precisa acreditar em sua capacidade de trabalho e habilidades profissionais. No entanto, como se tortura com intensa cobrança, não tem conseguido pensar de modo mais amplo.

Diante desse quadro, a modalidade de psicoterapia mais adequada é a psicoterapia breve de apoio, por tratar-se de um método que oferece respostas em curto espaço de tempo e permite a postura ativa do terapeuta, o que será muito útil, já que Raimundo não consegue pensar e identificar saídas para a situação em que se encontra, mesmo tendo dotes artísticos (o talento para artesanato) que lhe permitiram exercer uma atividade laboral. Além disso, a psicoterapia breve de apoio privilegia o fortalecimento da autoestima, o que será fundamental para o paciente reagir à situação que se apresenta.

Faça valer a pena

1.

A teoria psicanalítica tem sido a grande base de apoio para as psicoterapias breves. Freud em Linhas de progresso na terapia psicanalítica, de 1918-19 dá ênfase aos métodos ‘ativos’. Neste trabalho, mostra seu reconhecimento de que a psicoterapia psicanalítica clássica não atinge um número significativo de pessoas. Considerando a enorme ‘quantidade de miséria neurótica que existe no mundo’, o número de pessoas que se poderia atingir por meio da psicanálise era desprezível. Admite, então, que não se pode, com essa técnica, fazer nada pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. Em função dessa preocupação, alguns profissionais de orientação analítica investiram na busca de soluções mais adequadas para o problema, modificando a técnica tradicional: dentre eles Ferenczi (1980), com a Técnica Ativa; Malan (1963, 1981, 1983) com a Psicoterapia Breve Intensiva; Lengruber (1984) dentro de uma realidade brasileira; Fiorini (1978), precursor da Psicoterapia Focal na Argentina e no Brasil; Alexander e French (1956) com os princípios da



Experiência Emocional Corretiva; Sifneos (1972,1989) com a Psicoterapia Breve Provocadora de ansiedade; Davanloo (1977) que desenvolveu uma psicoterapia dinâmica breve de foco amplo para indivíduos com fobias e sintomatologia obsessivo-compulsiva incapacitantes; Gilliéron (1986) com a Psicoterapia Breve de Inspiração Psicanalítica (PBIP); Mann (1973) com sua 'Psicoterapia de tempo limitado'; Knobel (1986) enfatizando a necessidade do diagnóstico holístico, psicobiosocial, fenomenológico e metapsicológico; Zimerman (1982) que contribuiu para o estudo da Psicoterapia de base Psicanalítica de forma didática; algo semelhante é proposto por Uchôa (1976), que discute em sua obra temas referentes à psicanálise, à psicoterapia e à análise existencial. (GEBARA, 2004, [s.p.]

Para definir psicoterapia breve, é correto afirmar que:

- I. É uma modalidade de psicoterapia com objetivo passível de ser atingido em período de tempo limitado e com foco bem definido.
- II. É uma modalidade de psicoterapia cujo único objetivo é ocorrer em número reduzido de sessões ou encontros.
- III. É uma modalidade de psicoterapia cuja duração da PB pode ou não ser estabelecida previamente e é influenciada pelas estratégias clínicas a serem adotadas.
- IV. É uma modalidade de psicoterapia alicerçada no foco do trabalho, nas estratégias a serem adotadas e nos objetivos a serem atingidos.

Em relação à Psicoterapia breve, assinale a alternativa correta.

- a) Apenas a afirmativa II está correta.
- b) Apenas a afirmativa IV está correta.
- c) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
- d) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- e) As afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

2.



Quando se fala em critérios de indicação de uma determinada modalidade de psicoterapia, pretende-se destacar as condições consideradas mais propícias para a obtenção de resultados positivos pelos pacientes submetidos a ela. Nessa medida, os critérios de indicação podem se referir a condições específicas do paciente, do terapeuta e/ou da qualidade da relação que se estabelece entre eles. Além disso, eles se encontram diretamente

ligados ao modelo teórico que respalda a prática do profissional o que, por sua vez, condiciona o conceito de mudança psicológica defendido e a técnica proposta.

Segundo Greenberg Mitchell (1983), pelo menos dois grandes modelos teóricos matizam a psicanálise e todas as psicoterapias que nela se inspiram: o modelo impulsivo/estrutural e o modelo relacional.

Um terceiro modelo, ainda não muito bem definido, vem se configurando nas duas últimas décadas, numa tentativa de integrar os dois anteriores além de assimilar contribuições de outras escolas da psicologia, como as de orientação humanista e/ou cognitivista. Por suas características, esse modelo tem sido chamado de integrativo, já que pretende fornecer visão mais abrangente do homem e de seu sofrimento mental (veja por exemplo, Norcross & Goldfried, 1992).

Com base nos modelos teóricos acima referidos, Messer e Warren (1995) (veja também, Oliveira, 1999) propuseram uma classificação para as técnicas psicoterapêuticas breves de orientação psicodinâmica mais conhecidas na atualidade. (YOSHIDA, 2001, p. 44)

Uma pessoa pode procurar ajuda psicológica em virtude de um conflito conjugal ou o receio de fracassar no novo emprego e, em decorrência da ajuda psicoterápica, rever suas atitudes e expectativas em relação ao outro ou outros em diferentes contextos, tratando de adequá-las e redimensioná-las em níveis mais compatíveis com sua realidade.

Podemos afirmar que a psicoterapia breve é indicada para:

- a) Pacientes com psicose crônica, enfermidades psicossomáticas, psicopatias, perversões e toxicomanias.
- b) Pacientes que precisam e estão abertos a mudar aspectos centrais de sua estrutura de personalidade.
- c) Pacientes que não têm recursos financeiros para custear uma psicoterapia de longa duração.
- d) Pacientes que têm pressa para solucionar seus conflitos.
- e) Pacientes que apresentam, de modo claro, uma queixa decorrente de uma situação de crise.

3. A psicoterapia breve operacionalizada (PBO) é uma modalidade de PB criada no Brasil pelo psicanalista Ryad Simon, originada a partir da teoria da adaptação. Vale ressaltar que para Simon (1989 apud SIMON; YAMAMOTO, 2008) adaptação é o conjunto de respostas de um organismo vivo a

situações que o modificam e permite a manutenção de sua organização (ainda que seja mínima) compatível com a vida.



Altman, Yamamoto e Tardivo (2007) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a eficácia da psicoterapia breve operacionalizada com uma pessoa idosa. Os resultados mostraram que após a intervenção, a paciente pode entrar em contato com novas alternativas ocupacionais, diminuindo sua hostilidade com relação ao fato de depender dos familiares.

Simon e Yamamoto (2008) realizaram um estudo com uma paciente com crise por expectativa de perda, através do acompanhamento a partir da intervenção de psicoterapia breve operacionalizada. A paciente conseguiu converter a crise em um momento de crescimento emocional e aumento de eficácia adaptativa.

A pesquisa realizada por Gebara, Rosa, Simon, Yamamoto (2004) teve por objetivo principal investigar a eficácia terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada. Verificou-se que a Interpretação Teorizada se mostrou eficaz, já que ao final do processo terapêutico houve evolução adaptativa dos pacientes nos casos classificados nos Grupos Moderados e Severos e nas situações emergenciais. (BECHARA et al., 2011, p. 18)

Complete as lacunas dando sentido à sentença que define o objetivo da psicoterapia breve operacionalizada:

O objetivo da psicoterapia breve operacionalizada é auxiliar o paciente a _____ e _____ os conflitos que originaram e sustentam às soluções pouco ou pouquíssimo _____ e, em função de sua inadequação, determinaram a formação de situações-problema, ou seja, originaram uma _____ cujo desfecho dependerá de seus recursos pessoais e também dos recursos externos, o que inclui a psicoterapia breve.

Assinale a alternativa que apresenta o conjunto de palavras que preenche corretamente as lacunas.

- a) Identificar e compreender – adequadas – crise adaptativa.
- b) Refletir e abandonar – refinadas – situação-problema.
- c) Distanciar-se e negar – efetivas – dor psíquica.
- d) Alienar-se e rejeitar – sensatas – crise adaptativa.
- e) Abandonar e criticar – objetivas – situação traumáticas.

Seção 3.2

Teorias e técnicas psicoterápicas gerais

Diálogo aberto

Em nossos estudos anteriores, você tomou conhecimento sobre importantes modalidades de psicoterapias: as psicoterapias breves; a psicoterapia on-line, e; as psicoterapias de apoio. Agora, você verá um pouco mais sobre a psicoterapia de apoio e conhecerá a psicoterapia de grupo com ênfase nos grupos homogêneos. Desta forma, cada vez mais seu conhecimento sobre a psicologia clínica está se ampliando.

Para que possa entender como tais conteúdos são aplicados na prática clínica será apresentada outra situação hipotética. Antes, porém, retomaremos informações gerais para contextualizar a questão que virá a seguir. No início da unidade, você soube que a Universidade Sigmund Freud se destaca no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos, e seus professores são bastante exigentes, em especial em relação às disciplinas de estágio clínico. Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina Estágio Clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Patrícia procurou a clínica porque a data de seu casamento se aproxima. Faltam quatro meses para a celebração e as dúvidas em relação a essa decisão começaram a aparecer. Apesar de amar muito e sentir-se correspondida, entende que suas dúvidas são pertinentes. Diz que seu noivo é agressivo e tem bebido muito. Contudo, quando comenta com seus familiares, é desencorajada a romper o noivado porque “seria vergonhoso para a família”, afinal os convites já foram distribuídos. Patrícia se sente angustiada e teme “dar um passo errado na vida”. Diante desse dilema a jovem Patrícia tem dormido poucas horas por noite (desenvolveu insônia) e tem sentido dores estomacais frequentemente. Além disso, relatou que nas últimas semanas tem sentido falta de ar sempre que o assunto é o casamento, tem a sensação de que irá desmaiar ou morrer. Procurou ajuda na clínica-escola, e Matheus (o aluno assistente da disciplina Estágio Clínico) fez a triagem e, agora, precisa indicar a modalidade de psicoterapia mais

apropriada para a situação. No entanto, nesse momento na clínica-escola há vagas somente para psicoterapia de apoio e de grupo. Matheus não está seguro se Patrícia se beneficiaria de uma dessas modalidades de tratamento. Ajude-o a estabelecer critérios e indicar o tipo de atendimento adequado.

Não pode faltar

Segundo Bloch (1999 apud MENDES, 2016), a psicoterapia de apoio (PA) é apontada como uma das primeiras modalidades de psicoterapia de que se tem notícia. Em sua origem, se propunha a resolver problemas específicos, bem delimitados e que não podiam ser solucionados pelas demais técnicas psicoterápicas. Em relação aos objetivos da PA, Markowitz, Manber e Rosen (2008 apud MENDES, 2016) observam que na atualidade é uma das modalidades de psicoterapia mais adotada. No entanto, ressaltam os autores, sua definição e estrutura teórica continuam em debate, o que é justificado pela ausência de um referencial teórico próprio. Em função disso, a psicoterapia de apoio é aplicada por psicoterapeutas de diversas formações, como: comportamental, psicanalítica, gestalt, entre outras.

Considerando esse contexto, a PA recebeu diversas definições. Para Cordioli et al. (2008 apud BARRETO; CAMPOS, 2016), é uma psicoterapia cujo objetivo central é eliminar os sintomas ou comportamentos não adaptativos, em pessoas que se encontram em crise aguda, como os portadores de transtornos ou de déficits crônicos. De acordo com Mendes (2016), a PA é uma relação de ajuda estabelecida pela díade paciente-psicoterapeuta com o objetivo de promover o ajustamento do paciente a uma situação por meio do restabelecimento do equilíbrio psíquico. Contudo, o psicoterapeuta não deve aconselhar o paciente ou induzi-lo a optar por uma das possibilidades existentes. Ao contrário, deve capacitá-lo para fazer escolhas e tomar decisões livres de influências alheias a sua subjetividade. De acordo com Leal (1999 apud MENDES, 2016), esse estágio será atingido à medida que o sofrimento e os sintomas do paciente forem diminuindo, o que provavelmente levará ao fortalecimento da autoestima e da autoconfiança.

Figura 3.3 | Alusão a paciente em crise



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/homem-durante-psicoterapia-chorando-gm512885404-87353825>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

Faz-se importante evidenciar a diferença entre a psicoterapia de apoio e o apoio comum a todas as psicoterapias. Conforme vimos na seção anterior, a psicoterapia de apoio é um modelo teórico que tem por objetivo oferecer apoio (como o próprio nome indica) e esclarecimento, além de auxiliar na solução de problemas atuais. Por sua vez, a expressão apoio em psicoterapia diz respeito ao apoio oferecido pelo psicoterapeuta ao paciente, o que se traduz em aceitação e compreensão oferecidos ao paciente. Quando essa situação se instala na relação terapêutica, abre caminho para a construção de vínculo pautado na confiança e na expectativa de ser ajudado (CORDIOLI et al., 2008 apud BARRETO; CAMPOS, 2016).

Vale ressaltar que na PA, de acordo com Ursano (2006 apud BARRETO; CAMPOS, 2016, p. 24), a postura do terapeuta, o que evidencia sua técnica, é pautada no seguinte comportamento:

De modo geral, portanto, na psicoterapia de apoio, normalmente o terapeuta não assume uma postura de neutralidade, mantendo-se ativo e reativo, assumindo posições mais rapidamente, bem como respondendo questões e afastando-se da escuta silenciosa.

”

Desta forma, o foco de trabalho do psicoterapeuta na PA é o presente, ou o aqui e o agora. Busca-se, portanto, incentivar o paciente a relatar eventos recentes e significativos.



Refleta

À medida que a psicoterapia de apoio é utilizada por psicoterapeutas das diversas correntes psicológicas, o que inclui os psicanalistas, é importante pensar como estes trabalham no contexto do aqui e agora, centrando-se na queixa atual e na busca da eliminação dos sintomas, se a proposta da psicanálise é privilegiar a história de vida do paciente, principalmente a experiência dos primeiros anos.

Na PA não se interpreta a transferência, exceto quando se mostra extremamente útil para a evolução do tratamento. No entanto, quando isso ocorre, o objetivo não é evidenciar o conteúdo inconsciente. Ao contrário, é promover insight a partir do material consciente, aumentar o autoconhecimento e, deste modo, diminuir a ansiedade do paciente (CORDIOLI et al., 2008).



Assimile

As intervenções em PA buscam reforçar o ego do paciente que atravessa uma crise aguda. Para tanto, busca que o paciente retome o modo como funcionava antes da crise. Além disso, favorece o fortalecimento da autoestima por meio de técnicas que aumentam o funcionamento adaptativo e diminuem o desconforto emocional (CORDIOLI et al., 2008).

Para Cordioli et al. (2008), as técnicas da psicoterapia de apoio propõem as seguintes intervenções:

(a) **Sugestão:** indica ao paciente novas estratégias e condutas ou alternativas para lidar com seus problemas, portanto envolve uma postura ativa por parte do psicoterapeuta.

(b) **Persuasão:** induz o paciente a uma ideia ou um sentimento de modo mais diretivo e firme, comparado à sugestão, se propõe alterar a vontade do paciente e levá-lo a crer nas suas próprias palavras, gerando convicção.

(c) **Controle ativo:** o terapeuta assume funções de ego auxiliar, decide e executa funções que o paciente momentaneamente é incapaz de desempenhar.

(d) **Reasseguramento e melhora da autoestima:** o terapeuta expressa aprovação ou concordância em relação a ideias e comportamentos do paciente que considera adaptativas ou realistas, reforçando-as.

(e) **Aconselhamento:** recomenda-se ou sugere atitudes ou decisões, de modo explícito e direto, o que consiste em um conselho – que não pode ser baseado nos próprios valores, cultura e crenças do terapeuta –, oferecendo, ainda, uma explicação racional das vantagens e desvantagens da atitude aconselhada, o que, portanto, pesa na decisão do paciente.

(f) **Ventilação (ab-reação ou catarse):** consiste na comunicação, por parte do paciente, de emoções, sentimentos reprimidos, conflitos ou situações traumáticas, revivendo-os de modo emocionalmente carregado e superando, assim, a repressão a que estava submetido e que causava sofrimento e inadaptação.

(g) **Educação:** intervenção por meio da qual o terapeuta fornece ao paciente informações sobre a natureza e a gênese dos sintomas, a etiologia do transtorno e o racional em que se baseia o tratamento, ensinando o paciente a controlá-los, suprimi-los ou até mesmo evitá-los.

(h) **Clarificação:** ocorre a partir da oferta de uma nova explicação na qual o material consciente ou pré-consciente é integrado, sendo este conteúdo reapresentado de modo diferente pelo terapeuta, possibilitando que se torne compreensível e acessível ao paciente.

(i) **Confrontação:** o terapeuta aponta semelhanças, diferenças ou detalhes do material, de modo a despertar a atenção do paciente para aspectos que ele não percebia por se encontrarem dissociados. O resultado é, portanto, a integração do material ou conteúdo apresentado pelo paciente.

Veja a seguir os mecanismos que cada uma dessas intervenções (técnicas) desencadeia e os objetivos que devem ser considerados ao escolhê-las.

Quadro 3.2 | Técnicas da psicoterapia de apoio

INTERVENÇÕES	MECANISMOS	OBJETIVOS
Educação	Amplia o autoconhecimento	Alívio dos sintomas ao confrontá-los.
Clarificação	Amplia as defesas egoicas	-----
Confrontação	Aumenta a integração dos processos psíquicos	-----
Aconselhamento, sugestão, persuasão, reafirmação	Uso da transferência positiva para influenciar o paciente. Reforço da autoimagem.	Diminuição dos sintomas de insegurança e sensação de desvalia a partir da promoção do aumento da autoestima.
Controle ativo	Uso da autoridade assumindo transitoriamente funções decisórias.	Restabelecimento do controle em situações emergenciais e afastamento de situações estressantes.
Confrontação	Promoção do autoconhecimento e do juízo de realidade.	Aumento da capacidade de discriminar a realidade interna da externa; redução de afetos e condutas inapropriados.
Ventilação	Promoção do controle de afetos intenso e reprimidos diante de sua expressão verbal, o que exige boa relação com o psicoterapeuta.	Alívio dos sintomas e melhora da relação terapeuta-paciente.

Fonte: Cardioli et al. (2008, p. 198).

Ao pensar na escolha das técnicas para um tratamento em PA, é fundamental observar alguns cuidados clínicos. Tais cuidados iniciam com a avaliação clínica do paciente. Cordioli et al. (2008) recomenda identificar os sintomas e seus fatores desencadeantes, diagnóstico nosográfico, os aspectos centrais da personalidade, além de priorizar a compreensão profunda da psicodinâmica do paciente.

A psicoterapia de grupo (ou grupoterapia) surgiu nos Estados Unidos por volta do ano de 1905. Em seu surgimento, vários termos foram utilizados para defini-la, como: tratamento em massa, aula ou instrução em massa e terapia coletiva. Contudo, logo passou de aula para interação e também de uma abordagem de reeducação para a adoção de conceitos psicanalíticos. Dois nomes se destacam em relação ao surgimento e a evolução da grupoterapia: Pratt e Moreno, que foram os precursores da psicoterapia de grupo (BACHELLI; SANTOS, 2004).

De acordo com Osório (2008, p. 11), Pratt percebeu que durante a espera por atendimento seus pacientes tuberculosos compartilhavam suas experiências e “estabeleciam relações emocionais que melhoravam seu estado de ânimo”. Foi quando Pratt decidiu reuni-los e ministrar um curso de higiene pessoal, mas logo os incentivou a compartilhar experiências e, deste modo, contar como enfrentavam a doença. Na sequência, estimulou o testemunho de pacientes que conseguiram a cura com a finalidade de incentivar os demais e acender a esperança em relação ao prognóstico. Posteriormente, esse modelo foi adotado pelos grupos de ajuda. Esta experiência de Pratt é reconhecida como o primeiro grupo com finalidade terapêutica.

No entanto, não somente Pratt e Moreno foram essenciais na construção e no desenvolvimento da psicoterapia de grupo. Em sua história, alguns psicoterapeutas fizeram contribuições importantes para a constituição dessa modalidade de psicoterapia. Cada um destes aplicou a psicoterapia de grupo em um contexto específico e colheu resultados que ajudaram a entender o funcionamento de um grupo de psicoterapia. Bechelli e Santos (2004) explicam essas experiências das quais apresentamos algumas e acrescentamos outros nomes importantes para a construção da psicoterapia de grupo: Kurt Lewin e Pichon-Rivière.

Quadro 3.3 | Características do trabalho dos pioneiros na psicoterapia de grupo

AUTOR	PACIENTES	LOCAL	MÉTODO	ABORDAGEM
Pratt	Tuberculosos	Ambulatório	Aula	Reeducação e persuasão
Moreno	Psicóticos e não psicóticos	Ambulatório	Interação	Psicodrama
Adler/Dreikurs	Pais e filhos	Ambulatório	Interação	Terapia familiar
Lewin	-----	-----	Analítica vetorial	Estruturalismo
Pichon-Rivière	Pacientes psiquiátricos	Hospital psiquiátrico	Grupos operativos	Psicanálise

Fonte: adaptado de Bechelli; Santos (2004) e de Ilario; Terzis (2016).

A partir da década de 1920 a psicoterapia de grupo passou a ser fortemente empregada no âmbito da psiquiatria, especialmente em pacientes internados. Teve forte expansão nos anos 1950 e 1960 e consolidou-se enquanto eficaz método psicoterápico na década de 1970. Recentemente, essa modalidade de psicoterapia desenvolveu novos modelos e técnicas de tratamento. Tem sido muito utilizada com populações específicas de pacientes, indicando, deste modo, ser esta a maior especificidade de sua aplicação. Nos últimos anos tem sido bastante utilizada em populações das mais diversas condições médicas e psicossociais, como em pacientes com os seguintes quadros: transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de estresse pós-traumático; distímia; trauma catastrófico; abuso sexual na infância; depressão pós-parto (BACHELLI; SANTOS, 2004).

Esses autores afirmam que, no período entre 1914 e 1932, a psicanálise exerceu grande influência e intenso domínio no desenvolvimento da grupoterapia. Boris (2014) mostra que, com a inclusão do referencial teórico da psicanálise na grupoterapia, ampliou-se o enfoque dado ao trabalho que do indivíduo isolado foi para uma visão interpessoal. O grupo, então, passou a ser compreendido como uma família.

A partir de 1940, observa-se uma proliferação de sistemas alternativos de psicoterapia individual, o que favoreceu a expansão da psicoterapia de grupo. Nesse contexto, diversas abordagens adotaram a grupoterapia, como: a análise transacional (AT), gestalt-terapia, interpessoal, cognitivo-comportamental, humanístico-existencial (BACHELLI; SANTOS, 2004).

Figura 3.4 | Grupo de psicoterapia



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/reuni%C3%A3o-do-grupo-de-apoio-gm155415731-20108040> . Acesso em: 16 jun. 2017.

No grupo de psicoterapia, as regras regulam as atividades e mesmo sendo flexíveis precisam ser mantidas e aplicadas. O grupo de psicoterapia tem uma dinâmica própria que dá ritmo ao seu funcionamento. O setting é essencial porque cumpre a função de continente das necessidades e angústias de seus membros (ZIMMERMAN, 1997 apud SOSTER; NEUMANN; CARDOSO, 2013).

Em função dessa dinâmica, o grupo é muito mais do que o somatório de pessoas. Essa reunião de pessoas constitui nova identidade, a identidade grupal. Essa identidade deve respeitar e preservar as identidades individuais dos participantes do grupo. É esse comportamento que permitirá o acolhimento de cada um que compõe o grupo (ZIMMERMAN, 2000 apud SOSTER; NEUMANN; CARDOSO, 2013).

A estrutura de um grupo é definida em relação ao número de participantes; frequência e duração da sessão e do tratamento (duração pré-determinada ou não); composição das queixas (homogêneo e heterogêneo); ingresso ou não de novos participantes (fechado ou aberto); emprego concomitante de psicoterapia individual, regras e preparo do paciente (BACHELLI; SANTOS, 2004). O tipo de estrutura é determinado em função dos objetivos do grupo.



Para entender como a estrutura de um grupo ocorre na prática, acompanhe sua estrutura no exemplo a seguir. Para tanto, observe o anúncio e as indicações destacadas em vermelho.

Formação de grupo de psicoterapia

Clinica de psicologia convoca adolescentes que sofrem ou sofreram *bullying* (homogêneo: mesma faixa etária e queixa única)

Início: 20 de novembro – Duração: 6 meses (duração pré-determinada)

Encontros: semanais com duração de 2 horas (pré-determinado)

Admissão no grupo: até dia 20 novembro – inscrições abertas (fechado)

Número de participantes: mínimo de 8, máximo de 12 pessoas (pré-determinado).

Inscrições no setor de psicologia.

A psicoterapia de grupo pode assumir variados objetivos, como: redução de sintomas, informação, retomada do funcionamento psicossocial (intervenção em crise), acolhimento, manejo de situações e doenças médicas específicas, autoajuda e treinamento de habilidades sociais (OSÓRIO et al., 2017).

A configuração do grupo psicoterápico tem fatores inerentes a sua existência e apresentam propriedades terapêuticas. Vinogradov e Yalon (1992 apud OSÓRIO et al., 2017), identificaram 11 fatores terapêuticos próprios da grupoterapia, que são: (1) instilação de esperança; (2) universalidade; (3) oferecimento de informação; (4) altruísmo; (5) desenvolvimento de técnicas de socialização; (6) comportamento imitativo; (7) catarse; (8) reedição corretiva do grupo primário; (9) fatores existenciais; (10) coesão; (11) aprendizagem interpessoal.

Em relação à configuração, os grupos psicoterápicos são classificados como homogêneo e heterogêneos. Este último será apresentado na próxima unidade. Agora, veremos que os grupos homogêneos são constituídos por indivíduos que compartilham a mesma queixa ou problema. Esses indivíduos encontram na grupoterapia a possibilidade de reduzir o isolamento social, além de

desmistificar o estigma em torno de seu problema. O fato de encontrar outras pessoas que sofrem pelo mesmo motivo facilita a identificação, a intimidade e a oferta de apoio em torno de uma questão comum. Nesse sentido, Liberman (1993 apud SILVA; LOUREIRO; SOUZA, 2004, p. 30) diz que:

O alto nível de coesão, a semelhança percebida e a preocupação de que os membros são diferentes dos outros situados fora do refúgio do grupo influenciam o relevo de ser um participante. O grupo assume as características de um grupo primário; ele se torna semelhante à família e serve de novo grupo referencial. Estas condições grupais dão aos membros um senso de apoio, aceitação e normalização de suas aflições percebidas.



Segundo Yalom (2007), se por um lado os grupos homogêneos apresentam a vantagem de seus membros se unirem mais rapidamente imprimindo forte grau de coesão e se apoiarem mais depressa, por outro lado tendem a não aprofundar a exploração dos conteúdos, o que dificulta alterar a estrutura de personalidade.



Pesquise mais

Para saber como se trabalha com grupos homogêneos e, desse modo, conhecer a prática psicológica nesse contexto, leia o artigo indicado a seguir:

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. **Estudos de Psicologia**, n. 8, v. 1, p. 55-62, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17235>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

Ao compor um grupo homogêneo, o psicoterapeuta deve considerar que uma característica de personalidade muito difícil de abordar, como a hostilidade ou a agressividade intensa, pode funcionar como um complicador para a dinâmica do grupo e comprometer o resultado esperado. Portanto, é necessário planejar previamente a composição do grupo de modo a não comprometer seu desenvolvimento.

Sem medo de errar

Para identificar se Patrícia será beneficiada por uma das modalidades de psicoterapia que a clínica-escola pode oferecer, é necessário entender amplamente a sua queixa, ou seja, ter uma compreensão diagnóstica do caso, o que é entendido como um importante cuidado clínico esperado do psicoterapeuta.

Suas queixas são: o dilema que a proximidade do casamento (situação pontual e específica) instalou. De um lado, sua observação em relação à agressividade e ao possível quadro de alcoolismo do noivo. Do outro, a pressão da família. Essa situação causa os seguintes sintomas: insônia, angústia e um quadro de síndrome de pânico que dá seus primeiros sinais (falta de ar, sensação de desmaio ou morte). Portanto, trata-se de um quadro que pode ser beneficiado pela psicoterapia de apoio. Como mostrou o texto desta seção, a psicoterapia de apoio tem o objetivo central de eliminar os sintomas, e isso irá ocorrer a partir da relação de ajuda estabelecida pela diade paciente-psicoterapeuta. Desse modo busca-se promover o ajustamento do paciente a uma situação por meio do restabelecimento do equilíbrio psíquico.

Contudo, o psicoterapeuta não deve aconselhar o paciente ou induzi-lo a optar por uma das possibilidades existentes. Ao contrário, deve capacitá-lo para fazer escolhas e tomar decisões livres de influências alheias a sua subjetividade, como a pressão da família, por exemplo. Espera-se portanto que, à medida que o sofrimento e os sintomas da paciente diminuírem, sua autoestima será fortalecida, e ela se sentirá confiante para tomar a decisão mais apropriada (casar, não casar, prorrogar a data para conhecer melhor o noivo, etc.).

Avançando na prática

“Filhos? Melhor não tê-los! Mas se não os temos, como sabê-los?”

Descrição da situação-problema

A clínica-escola da Universidade Sigmund Freud decidiu iniciar um grupo para atender o importante número de mulheres estigmatizadas pela decisão de não ter filhos. Este é um fenômeno recente que tem crescido com intensidade na sociedade

contemporânea, em especial nos grandes centros urbanos. Mulheres das mais variadas idades e estado civil têm procurado ajuda porque o estigma provoca sofrimento e até mesmo questionamento em relação à decisão de não ter filhos sem o impedimento para tê-los.

Caberá aos alunos do 10º semestre, sob a coordenação de Matheus, definirem a estrutura do grupo em questão. Ajude-os a decidir a melhor estrutura para compor um grupo com tal propósito e transforme essas informações em um anúncio.

Resolução da situação-problema

A estrutura do grupo deve ser definida a partir do objetivo pretendido, e nesse caso deve-se ampliar a compreensão acerca da decisão de não ter filhos, identificando os sentimentos desencadeados pelo estigma atribuído pela sociedade. Desta forma, será enriquecedor definir regras não tão rígidas, pois a troca de experiência entre mulheres de diferentes idades pode ser enriquecedora à medida que amplia o leque de possibilidades relativo à reação de cada uma frente ao estigma. Do mesmo modo ter mulheres de variadas idades, ou seja, em diferentes fases do ciclo vital contribuirá para ampliar a compreensão sobre a decisão de não ter filhos. Contudo, vale ressaltar que se trata de um grupo homogêneo, porque suas participantes compartilham a mesma queixa.

Psicoterapia de grupo

Você que é mulher e se sente estigmatizada pela decisão de não ter filhos, venha compartilhar sua experiência com outras mulheres que enfrentam a mesma situação.

Duração: 1º de junho a 1º de dezembro.

Público: mulheres de qualquer idade que não querem ter filhos.

Encontros: quinzenais com duração de 2 horas.

Admissão: até a primeira semana após o início.

Número de participantes: até 12 mulheres.

Local: Clínica de Psicologia da Universidade Sigmund Freud.

Inscrições: setor de Psicologia.

Faça valer a pena

1. Em sua origem, a psicoterapia de apoio buscava resolver problemas específicos, bem delimitados e que não podiam ser resolvidos pelas demais técnicas psicoterápicas. Atualmente sua aplicação foi ampliada, portanto, não se restringe a essas configurações.

Sobre a definição de psicoterapia de apoio que vigora na atualidade, podemos afirmar que:

- a) Centra-se na interpretação da transferência.
- b) Tem por objetivo auxiliar na solução de problemas atuais.
- c) Valoriza as experiências da infância para solucionar conflitos.
- d) Pode ser aplicada a quaisquer pacientes independentemente do tipo de queixa.
- e) Seu referencial teórico é o psicodrama.

2. Na psicoterapia de apoio, a evidência da técnica é reconhecida a partir da postura do terapeuta. Considerando essa afirmação, complete as lacunas:

Na psicoterapia de apoio, normalmente o terapeuta não assume uma postura de _____, mantendo-se _____ e reativo, assumindo posições mais rapidamente, bem como respondendo questões e _____ escuta silenciosa.

Assinale a alternativa que apresenta o conjunto de palavras que preenche corretamente as lacunas.

- a) Reflexão – passivo – interferindo na.
- b) Contemplação – neutro – interpretando a.
- c) Indiferença – passivo – aproximando-se da.
- d) Neutralidade – ativo - afastando-se da.
- e) Intervenção – neutro – respeitando a.

3. A psicoterapia de grupo passou de aula para interação e de reeducação para a adoção de conceitos psicanalíticos. Considerando esse contexto, sobre grupoterapia é correto afirmar que:

- I. O *setting* cumpre a função de continente das angústias dos membros do grupo.
 - II. A reunião das pessoas no grupo de psicoterapia constitui a identidade grupal.
 - III. A identidade grupal deve neutralizar ou anular as identidades individuais.
 - IV. O grupo psicoterápico é definido como o somatório de várias pessoas.
- Sobre a compreensão atual de grupoterapia, assinale a alternativa correta:

- a) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
- b) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
- c) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
- d) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.
- e) As afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

Seção 3.3

Modalidades em Psicoterapia VI

Diálogo aberto

Na seção anterior, você pôde conhecer algumas modalidades de psicoterapias: psicoterapia de apoio, psicoterapia de grupo, além do grupo homogêneo. Agora, terá um exemplo de aplicação da psicoterapia com grupo homogêneo, no caso, dirigido a idosos; conhecerá também os grupos heterogêneos e a importância de observar a ética ao desenvolver grupoterapia, seja com grupos homogêneos ou heterogêneos. Assim, concluiremos a apresentação dos variados tipos de psicoterapia que podem ser realizados na clínica e demais ambientes, como: hospitais e instituições, entre outros.

Para favorecer a aquisição dos temas que esta seção mostrará, será apresentado outra situação hipotética. Para tanto, antes retomaremos informações gerais para contextualizar a questão que será apresentada a seguir. No início desta unidade, você soube que a Universidade Sigmund Freud se destaca no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos e seus professores são muito exigentes, em especial em relação às disciplinas de estágio clínico. Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina Estágio Clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Jacira uma aluna do 10º semestre gostaria de fazer seu estágio clínico em grupoterapia. Ela recebeu oito prontuários de pessoas com queixas distintas e idades semelhantes. Contudo, não sabe se é possível formar um grupo com este perfil. Por isso, a aluna procurou Matheus em busca de ajuda para montar o grupo ou encontrar outra alternativa para seu estágio. Ajude-o a analisar se os oito pacientes podem formar um grupo de psicoterapia e encontrar uma solução para o pedido de Jacira.

Não pode faltar

Antes de iniciarmos novos assuntos, vamos retomar o conceito de grupo homogêneo para falar de um tipo específico de grupoterapia cada vez mais usado em uma sociedade na qual o número de idosos cresce significativamente. A grupoterapia voltada a idosos encontra-se na modalidade dos grupos homogêneos uma vez que os participantes desse tipo de grupo compartilham a mesma queixa: as dificuldades e/ou enfrentamento da velhice. Esse tipo de atendimento psicoterápico tem se mostrado eficiente com esta população quando comparado ao atendimento individual.

A partir de sua experiência com grupo de idosos, Moraes (2009) percebeu que as dificuldades e limitações que o processo de envelhecimento mobiliza estão diretamente relacionadas ao modo como o indivíduo percebe seu próprio envelhecimento, o que em nossa cultura costuma implicar o rebaixamento da autoestima e até mesmo uma crise de identidade, uma vez que nossa sociedade não valoriza o envelhecimento e a sabedoria que o idoso acumulou ao longo da vida.

É nesse contexto que os grupos homogêneos têm mostrado resultados positivos. Compartilhar experiências comuns permite conhecer variados modos de lidar com o envelhecimento, o que contribui para o fortalecimento da autoestima e leva o sujeito a mudar sua atitude frente à vida, aceitar suas limitações e recorrer aos recursos positivos que tem à mão e não eram reconhecidos como tal, tanto os recursos psíquicos quanto os físicos e os sociais. Esse resultado conferido pelo grupo homogêneo pode ser explicado, segundo Vinogradov e Yalom (1989, p. 29), porque:

O setting do grupo oferece um número muito maior de oportunidades para a gênese das experiências emocionais corretivas, já que contém uma gama de tensões latentes e múltiplas situações interpessoais às quais o paciente deve reagir.



Moraes (2009) ressalta o papel do psicoterapeuta como facilitador do processo grupal. Entendemos que o papel desse profissional diferencia a grupoterapia dos demais tipos de grupos que se propõem trabalhar com o idoso. De acordo com Moraes (2009, p. 853), o

papel do psicoterapeuta “possibilita a socialização e a revisão das experiências em comum, que precisam ser mantidas e/ou resgatadas”. Diz ainda que grupos de idosos têm se mostrado uma alternativa eficaz na promoção e prevenção da saúde dessa população e tem sido oferecido com maior frequência pela saúde pública. Se optarmos por utilizar uma palavra amplamente usada nos dias atuais, podemos dizer que a experiência de participar de um grupo de psicoterapia implica no empoderamento do idoso e, desse modo, o retira de uma postura passiva e de conformismo com a situação de sofrimento diante das limitações impostas pela velhice. Isso o leva a assumir o modo como entende ser o melhor para obter uma experiência de bem-estar e adaptação a sua condição.

Figura 3.5 | Grupo homogêneo com idosos



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/s%C3%AAnior-pessoas-em-cl%C3%ADnica-de-reposu-gm472074567-31362990>>. Acesso em: 22 jun. 2017.



Pesquise mais

Para conhecer como a grupoterapia pode auxiliar os membros das famílias a viverem e conviverem frente às diferentes fases do ciclo vital da família, sugerimos a leitura do artigo intitulado *A psicologia grupal e a intervenção com famílias*, autoria de Kátia A. P. Pessoa (2016). Disponível em: <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1137>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

Psicoterapia de grupos heterogêneos – ao pesquisar a literatura sobre psicoterapia de grupo, fica evidente o predomínio dos grupos homogêneos sobre os heterogêneos. Essa modalidade de psicoterapia (grupos homogêneos) tem sido aplicada predominantemente a pessoas que compartilham a mesma queixa, como: pacientes com diabetes, cardíacos, dependentes químicos, mães solteiras, entre outros, e permite aos serviços de saúde atender diversos pacientes ao mesmo tempo, além de reuni-los com facilidade a partir da queixa compartilhada. Tais fatores podem explicar a predominância dos grupos homogêneos no Brasil.

Contudo, os grupos heterogêneos podem atingir resultados tão positivos quanto alcançam os homogêneos. Como o nome sugere, grupos heterogêneos são os formados por pessoas cujas queixas ou problemas diferem entre si. No entanto, segundo Cordioli et al. (2008), é necessário assegurar algum grau de homogeneidade em relação à integridade do ego, ao nível intelectual e sociocultural.



Exemplificando

Um psicoterapeuta pode formar um grupo heterogêneo com pacientes (novos e/ou já em psicoterapia individual) cujas queixas são distintas. Pode até atendê-los em seu próprio consultório (não é um trabalho específico da saúde pública). Para tanto, esses pacientes precisam compartilhar o mesmo nível intelectual e sociocultural – do contrário seria difícil encontrar um elo entre eles. Além disso, devem apresentar um ego fortalecido, ou seja, não sofrer transtorno de personalidade como a psicose ou a perversão.

Geralmente, os grupos heterogêneos não têm tempo determinado para encerrar. Nesse tipo de grupo, o enquadre é configurado por duas sessões semanais, com duração de 60 a 90 minutos, a depender da forma como o psicoterapeuta prefere trabalhar, e o número de pacientes varia em torno do mínimo de quatro e máximo de 10, mas esses números não compõem uma regra fixa. Cordioli et al. (2008) é um dos autores que defende – a partir de sua experiência clínica – que o número mínimo necessário de pacientes para um bom resultado em grupoterapia é cinco pessoas. Do contrário, acredita que a dinâmica do grupo fica comprometida e interfere no alcance dos objetivos buscados.



Quando se trata de grupo aberto, sempre tem a possibilidade de algum membro sair a qualquer momento, portanto, se o grupo inicia com um baixo número de participantes, a saída de um só membro já compromete a dinâmica (o ritmo, a interação, a produção) do trabalho grupal.

Em relação à dinâmica que o grupo imprime, segundo Camasmie e Sá (2012, p. 959), é importante observar que:

Depois de algum tempo de convivência com o grupo, a maioria dos participantes desenvolve a experiência de pertencimento ao mesmo. Esse clima de familiaridade, que favorece o aprofundamento das relações estabelecidas, diminui o desconforto da tensão que se dá pelo esforço de conciliar tantas identidades.



Os autores acrescentam que a partir dessa experiência forma-se uma identidade grupal que é alterada sempre que um novo membro ingressa no grupo e, por isso, causa desconforto.

Todo grupo, seja homogêneo ou heterogêneo, possui características próprias. Para analisar e compreender o funcionamento de um grupo é necessário, em primeiro lugar, conhecer as características que o regem. De acordo com Ávila (1999), todo grupo possui (1) estrutura; (2) dinâmica; (3) finalidade ou objetivo; (4) um sistema de comunicação, interior e exterior; (5) uma forma de vinculação com outros grupos. Essas características são produzidas e se sedimentam enquanto o grupo está em atividade, portanto sua análise representa um excelente método de compreensão do grupo.

Quadro 3.4 | Características dos grupos de psicoterapia

CARACTERÍSTICAS	DEFINIÇÃO
Estrutura	É a totalidade do grupo e o modo como essa totalidade interfere em cada uma de suas partes. É constituída por duas instâncias: a natureza inconsciente e fundante, e a visível e manifesta.
Dinâmica	É a atuação dos integrantes do grupo em relação à tarefa do grupo e aos outros participantes. Está relacionada ao papel de cada integrante.
Finalidade/meta	A meta manifesta são os procedimentos adotados pelo grupo para alcançar seus objetivos. A meta latente diz respeito aos objetivos inconscientes do grupo.
Sistema de comunicação	Se organiza em forma de rede ou sistema e revela a expressão da rede de papéis que o grupo construiu.
Se organiza em forma de rede ou sistema e revela a expressão da rede de papéis que o grupo construiu.	Diz respeito ao modo como o grupo se vincula às instituições e às próprias regras que cada integrante traz consigo. Em seguida, o grupo se distancia dessas referências e constitui sua própria cultura (sistema de regras, etc.) a partir de sua história.

Fonte: adaptado de Ávila (1999).

Ávila (1999, p. 3) defende que uma reunião de pessoas somente será grupo quando “em dado momento, assumir conjuntamente um significado ou uma tarefa em comum”. A partir dessa condição será, portanto, possível identificar “sua conformação, estudar suas regularidades e ocorrências, observar o comportamento de seus membros e de todo o conjunto e desvendar as redes de determinações que regulam a vida e o funcionamento de cada grupo concreto”.

Com base nas indicações de Ávila (1999) é possível, e mesmo indispensável enquanto psicoterapeuta de grupo, avaliar o funcionamento do grupo, sua evolução em direção ao objetivo e os próximos passos a serem realizados, pois um grupo de psicoterapia não funciona sozinho. Ao contrário, precisa ser conscientemente conduzido por seu facilitador: o psicólogo.

Figura 3.6 | Psicoterapia de grupo heterogêneo



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/close-up-on-discussion-gm541975802-96928517>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

Ética em psicoterapia de grupo – o conceito de ética é bastante antigo, o que pode ser observado nas discussões que os filósofos gregos travavam sobre a questão. A famosa frase de Sócrates (Is.d.] apud CAMARGO, 2004, p. 20) “conhece-te a ti mesmo” é a base dessa filosofia. Por sua vez, Nietzsche (1880/1999 apud CAMARGO, 2004, p. 20) defende que a “eticidade não é nada outro [...] do que obediência a costumes, seja de que espécie forem”. Para Camargo (2004), a ética determina o que o homem deve ser e isso é atingido a partir de sua essência. De acordo com Cesarino et al. (2001), os termos conhecimento e virtude são sinônimos, portanto somente quem desconhece a virtude pratica o mal, e quem conhece o sentido de virtude sempre pratica o bem.

Trazendo o conceito de ética para a prática psicológica, no contexto da grupoterapia, cabe ressaltar que os princípios éticos apresentados e dirigidos à psicoterapia individual se aplicam também à psicoterapia de grupo. No entanto, além destes princípios, o psicoterapeuta que trabalha com grupo enfrenta algumas particularidades. De acordo com Rasesa, Oliveira e Jesus (2014), essas especificidades dizem respeito a: (1) confidencialidade; (2) relações entre terapeutas e membros do grupo; (3) questões técnicas, entre outras.

Em relação à confidencialidade, o principal desafio é comunicar ao grupo os limites da confidencialidade (ROBACK et al., 1992 apud RASERA; OLIVEIRA; JESUS, 2014) de modo que os participantes preservem o sigilo sem prejuízo de sua participação. Do contrário, se sentirão inibidos para falar de temas difíceis para outros integrantes (receio de ferir o outro) e, com isso, não compartilharia questões que os afligem. No que diz respeito às relações entre terapeutas e os membros do grupo, o principal entrave é quando o psicoterapeuta desenvolve diversos papéis na vida dos participantes, ou seja, quando além de psicoterapeuta também é supervisor ou coordenador de pesquisa. Isso é bastante comum quando o membro do grupo é aluno de Psicologia. E, por fim, quando o psicoterapeuta apresenta dificuldade em relação ao manejo de técnicas, por exemplo para instituir a forma de pagamento e aumentos futuros (SHAPIRO; GINZBERG, 2006 apud RASERA; OLIVEIRA; JESUS, 2014).



Refleta

Quando o psicoterapeuta sente dificuldade para colocar limites sobre seu papel e o dos participantes do grupo, por exemplo, permitindo que seus supervisionandos sejam também pacientes, trata-se de pouca experiência, preparo técnico insuficiente ou seria exclusivamente uma questão que fere o código de ética?

Quando o psicoterapeuta se depara com essas questões deve ocorrer a supervisão clínica para conhecer o posicionamento de um psicólogo com larga experiência de grupo. Além disso, a supervisão ajudará a identificar possíveis características pessoais que estão dificultando lidar com tais aspectos do trabalho grupal.

Sem medo de errar

Vimos que Jacira recorreu a Matheus para entender se pessoas com queixas distintas e idades semelhantes podem formar um grupo para psicoterapia. Vamos ajudar Matheus a responder o questionamento da aluna.

Bem, pessoas com queixas distintas podem formar um grupo heterogêneo desde que não apresentem um comprometimento

psíquico importante, ou seja, desde que demonstrem integridade ou força do ego e pertençam ao mesmo nível intelectual e sociocultural. Desse modo, os membros do grupo assegurariam o mesmo padrão de comunicação. Portanto, é necessário realizar entrevista individual com cada uma dessas oito pessoas para verificar essas questões.

Até o momento, as informações não inviabilizam a formação de um grupo heterogêneo, pois o fato de estarem na mesma faixa etária já exclui a possibilidade de, entre os candidatos à psicoterapia, ter crianças e adultos jovens, o que inviabilizaria a formação do grupo.

Se durante as entrevistas Jacira identificar paciente com estrutura de personalidade psicótica ou perversa, não poderá incluí-lo no grupo. Ao contrário, deve anotar essas informações no prontuário do paciente e recomendar psicoterapia individual ou grupo homogêneo, com outras pessoas com o mesmo tipo de psicopatologia.

Outro ponto importante é que, ao final das avaliações, o número de pessoas com o perfil adequado para grupo heterogêneo seja igual ou maior que cinco, para não comprometer a dinâmica do trabalho a ser realizado e, conseqüentemente, os resultados que podem ser alcançados.

Avançando na prática

Afinal, qual é o limite?

Descrição da situação-problema

O professor de estágio foi procurado por um grupo de alunos para que ministrasse supervisão dos casos clínicos em atendimento na clínica-escola fora do ambiente da faculdade. Seria uma espécie de reforço, pois estão encontrando dificuldade para atender. Se dizem inseguros e tê-lo além do horário formal de estágio aumentariam suas chances de realizar um bom trabalho.

Ao receber o convite, o professor se sentiu envaidecido pelo reconhecimento dos alunos e, como está precisando de uma renda extra, pensou em aceitar o convite e oferecer supervisão fora do contexto da faculdade. Mas em seguida deparou-se com um questionamento: seria ético aceitar essa atividade? Lembrou-se de que nunca fora dito que ele não poderia fazer esse tipo de trabalho, mas tem dúvidas se conseguiria ocupar com isenção ambos os papéis. Afinal, pensou o professor: o que mais, além das supervisões,

esses alunos esperam de mim? Uma aprovação no final do estágio? Provavelmente esse seja o pedido implícito, aquele que não é verbalizado, mas é dito nas entrelinhas.

Ajude o professor a tomar uma decisão, respeitando os princípios éticos que devem direcionar o comportamento dos psicólogos e da sociedade como um todo.

Resolução da situação-problema

Como mostrado no texto, para Camargo (2004), a ética determina o que o homem deve ser e isso é atingido a partir de sua essência. De acordo com Cesarino et al. (2001), os termos conhecimento e virtude são sinônimos, portanto, somente quem desconhece a virtude pratica o mal, e quem conhece o sentido de virtude sempre pratica o bem. Mas o que seria bom ou correto e o que seria mal ou incorreto na situação aqui relatada? Esse cenário coloca em conflito as posições em questão: (1) ser professor da disciplina Estágio Clínico, portanto, formalmente nomeado para fazer o papel de orientador de estágio, e (2) manter uma atividade remunerada e informal com o mesmo propósito que sua atividade formal. Tais papéis seriam conciliáveis aos olhos da ética? Esta é a pergunta cuja resposta pode orientar o professor na tomada de decisão.

O texto mostrou uma situação similar que ocorre com relativa frequência com o psicoterapeuta que trabalha com grupo (RASERA; OLIVEIRA; JESUS, 2014). É comum esse profissional ser o terapeuta e orientar seus alunos ao mesmo tempo. Mas isso é entendido como uma situação incompatível com os princípios éticos, porque o formal e o informal transitariam no mesmo campo, dificultando a separação dessas duas esferas. Seria grande o risco de os alunos esperarem complacência do professor em relação ao desempenho no estágio, pois ele seria testemunha do empenho e da dedicação deles além dos muros da faculdade. Por outro lado, o professor poderia sentir-se na "obrigação" de corresponder a essa expectativa e conceder tratamento diferenciado aos alunos com quem tem mais contato.

Dessa forma, deve recusar o convite e manter-se exclusivamente no papel de supervisor de estágio, cujo contato com os alunos deve ocorrer sempre nesse ambiente formal: a universidade. A atitude adequada é incentivar os alunos a esclarecerem suas dúvidas durante a supervisão e fazer a leitura dos textos por ele recomendado.

Faça valer a pena

1. Identifique os benefícios que o grupo homogêneo oferece ao idoso:

I. Fortalecimento da autoestima.

II. Questionamento sobre sua importância para a comunidade.

III. Aceitação das limitações próprias da idade.

IV. Reconhecimento dos recursos físicos, psíquicos e sociais que possui.

Considerando o contexto apresentado, assinale a alternativa correta.

a) Apenas a afirmativa I está correta.

b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.

c) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

d) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.

e) As afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

2. Grupos heterogêneos são formados por pessoas cujas queixas diferem entre si. Ainda assim, esse tipo de grupo precisa garantir alguma homogeneidade – em determinados aspectos – para assegurar o bom funcionamento e o progresso rumo aos objetivos almejados.

Indique a alternativa que apresenta os aspectos homogêneos nos grupos heterogêneos.

a) Facilidade de interação – buscar alívio para um sintoma – nível econômico.

b) Capacidade de estabelecer empatia – nível intelectual – faixa etária.

c) A integridade do ego – nível intelectual – nível sociocultural.

d) O tipo de psicopatologia – nível econômico – faixa etária.

e) Disponibilidade para mudar – faixa etária – nível sociocultural.

3. Todo grupo de psicoterapia, seja homogêneo ou heterogêneo, possui características próprias que servem para analisar seu funcionamento, orientar o papel do psicoterapeuta e indicar os passos seguintes, ou seja, as próximas ações a serem realizadas.

Sobre as características de um grupo de psicoterapia, podemos afirmar que:

a) Servem para indicar o perfil das pessoas que irão compor o grupo.

b) São produzidas e se sedimentam enquanto o grupo está em atividade.

c) Somente podem ser observadas após o encerramento do grupo.

d) São produzidas a partir da compreensão teórica do psicoterapeuta.

e) Existem, mas não têm relevância para o trabalho do psicoterapeuta.

Referências

ABUCHAIN, P. R. **Relação entre aliança terapêutica e abandono em psicoterapia breve em pacientes adultos com depressão**. 2016. 29 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas - RS, 2016. Disponível em: <<http://tede.ucpel.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/515/2/PEDRO%20RHEIGANTZ.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2017.

ÁVILA, L. A. O grupo como método. **Psicologia Revista**, v. 9, p. 61-74, 1999. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Lazslo_Avila2/publication/235791514_O_grupo_como_metodo_Group_as_a_method/links/566db62108aea0892c528c04.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

BACHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 12, v. 2, p. 242-9, mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200014>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BARRETO, J. B. M.; CAMPOS, C. A. A psicoterapia de apoio como método para atender à demanda de queixa nos relacionamentos interpessoais: um estudo de caso. **Pesquisa em Psicologia**, Anais eletrônicos, 2016. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/download/11914/6432>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BECHARA, G. M. et al. **Diabetes mellitus tipo 1: evolução da eficácia adaptativa e psicoterapia breve operacionalizada**. 2011. 111 f. Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde)-Universidade Metodista de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. São Bernardo do Campo, 2011. Disponível em: <<http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1458/1/GLAUCIA%20MARGONARI%20MACHADO.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BORIS, G. D. J. B. Elementos para uma história da psicoterapia de grupo. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 20, n. 2, p. 206-212, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200008>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. **Resolução CFP Nº 011/2012**. Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP N.º 12/2005. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/6gjEqs>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

CAMARGO, M. **Fundamentos de ética geral e profissional**. Petrópolis: Vozes, 2004.

CAMASMIE, A. T.; SÁ, R. N. Reflexões fenomenológicas-existenciais para a clínica psicológica em grupo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 3, p. 953-972, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4518/451844639015/>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

CESARINO, A. C. **A ética nos grupos: contribuição do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2001.

CORDIOLI, A. V. et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ILÁRIO, E.; TERZIS, A. O estruturalismo dialético, psicanálise e o nascimento da psicoterapia de grupo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 14-30, abr. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/JbS46w>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

GEBARA, A. C. et al. Eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve. **Psic: Revista da Vetor Editora**, v. 5, n. 1, p. 06-15, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000100002>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MENDES, C. A. S. **Psicoterapia de apoio na intervenção clínica em pacientes com sintomatologia depressiva**. 2016. 149 f. Relatório de estágio (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Lusíada de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/2625>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

MORAES, O. N. P. Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2009, n. 29, v. 4, p. 846-855. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n4/v29n4a14.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

MOURA, M. L. **Contribuições para a orientação profissional na estratégia clínica a partir da psicoterapia breve psicanalítica**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-11122014-110132/en.php>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

OLIVEIRA, I. T. Psicoterapia breve infantil: revisão de literatura e delineamento de modelos de intervenção. **Encontro – Revista de Psicologia**, v. 11, n. 16, 2007. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2559/2443>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Psicoterapia psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais. **Psicologia: Teoria e Prática**, n. 1, v. 2, p. 9-19, 1999. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1145/853>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

OSÓRIO, L. C. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OSÓRIO, F. L. et al. Psicoterapias: conceitos introdutórios para estudantes da área da saúde. **Medicina**, n. 50, (Supl.1), p. 3-21, jan./fev. 2017. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/Simp2-Psicoterapias.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

PENA, D. O. E. Perfil dos usuários para psicoterapia breve. **Anais VI SIMPAC**, v. 6, n. 1, Viçosa-MG, p. 465-468, jan./dez. 2014. Disponível em: <<https://academico.univicosacom.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/460/635>>. Acesso em: 9 jun. 2017.

PIETA, M. A. M.; GOMES, W. B. Psicoterapia pela internet: viável ou inviável? **Psicologia: Ciências e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 18-31, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114606/000937411.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

PORTOT, G. Experiência de atendimento individual em psicoterapia breve. In: MOSTRA CIENTÍFICA DO CESUCA, 5., 2016, Cachoeirinha, RS. **Anais...Cachoeirinha: CESUCA**, 2016. Disponível em: <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1242>>. Acesso em: 9 jun. 2017.

RAMOS, F. N. N.; NEME, C. M. B.; DAMETO, C. A. **Relato de caso clínico: psicoterapia breve de paciente oncológico**. 2008. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2008/03/10/relato-de-caso-cl-nico-psicoterapia-breve-de-paciente-oncol-gico/>>. Acesso em: 9 jun. 2017.

RASERA, E. F.; OLIVEIRA, F. M.; JESUS, M. J. B. S. A prática grupal e o discurso sobre a ética em documentos oficiais. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 32, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jun. 2017.

RODRIGUES, C. G. **Aliança psicoterapêutica na psicoterapia breve online**. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16596/1/2014_CarmelitaGomesRodrigues.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SILVA, M. P.; LÔBO, M.; MARINHO, R. S. Psicoterapia breve psicodinâmica com idoso: uma possibilidade para a possibilidade de vida. **Psicologia. PT**, 26 jan. 2014 (2013). Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0747.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

SILVA, S.; LOUREIRO, J.; SOUZA, G. **Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas**. Universidade Lusíada do Porto, Portugal, 2004. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0053.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

SIMON, R.; YAMAMOTO, K. Psicoterapia breve operacionalizada em situação de crise adaptativa. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 144-151, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/1146/1156>>. Acesso em: 9 jun. 2017.

SOSTER, C. A.; NEUMANN, S. S.; CARDOSO, C. Coesão em grupo de apoio a mulheres com câncer de mama. **Revista Psicologia em Foco**, v. 5, n. 5, p. 116-133, jul. 2013. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1106/1594>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

VINOGRADOV, S.; YALON, R. D. **Psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

YALOM, I. D. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Macrocompreensão sobre as psicoterapias

Convite ao estudo

Caro aluno!

Estamos iniciando a última unidade que compõe esta disciplina. Chegou o momento de concluir e consolidar o conhecimento sobre as teorias e as técnicas psicoterápicas. Para tanto, esta unidade tratará da relação entre psicoterapia e ciência e a psicoterapia no mundo (tanto no Ocidente quanto no Oriente) e explorará a pesquisa em psicoterapia.

Especificamente, nesta unidade, será demonstrado o modo como a psicoterapia está fundamentada em princípios científicos. Além disso, discorreremos sobre o conceito de ciência e faremos um recorte na legislação nacional para comprovar a validação do método científico como o único caminho para o exercício da psicoterapia. As terapias alternativas e complementares serão conceituadas de modo que você compreenda como são avaliadas pelos órgãos que regulam a profissão. Essa gama de informações vai ajudá-lo no exercício da psicologia, a fim de evitar que se cometa equívocos ao atuar na área, além de prepará-lo para refletir sobre esses temas a partir de bases científicas.

Vale lembrar que a competência geral da disciplina é conhecer os diferentes modelos de psicoterapia, etapas do processo psicoterápico, assim como as diversas modalidades ofertadas. Portanto, esperamos que, ao final deste livro, você tenha formado uma visão crítica do exercício da psicologia clínica e da postura necessária ao psicólogo perante seu paciente.

Para treinar tais habilidades, elaboramos uma situação hipotética que será apresentada e que permitirá aplicar seus

conhecimentos. No entanto, primeiro faz-se necessário resgatarmos o contexto apresentado ao iniciarmos nossas atividades. Na Seção 1.1, você tomou conhecimento do nosso contexto de aprendizagem, no qual a Universidade Sigmund Freud se destaca no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica, sendo uma instituição bastante rígida na formação de seus alunos. Além disso, seus professores são muito exigentes, em especial em relação às disciplinas de estágio clínico. Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina Estágio Clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Ao final desta unidade, a partir do conhecimento adquirido no decorrer das seções, você, caro aluno, deverá elaborar e entregar ao seu professor em sala de aula o resumo de um projeto de intervenção, contextualizando um tipo de psicoterapia. Durante o estudo desta unidade seu professor irá orientá-lo para elaboração desse trabalho.

Agora que já se recordou, vamos avançar?

Seção 4.1

Psicoterapia e ciência

Diálogo aberto

Agora que relembrou do contexto hipotético apresentado no início dos estudos desta disciplina, imagine que os alunos do 3º semestre de Psicologia demonstram dificuldade para compreender o conceito de ciência. Não reconhecem a importância de um estudo sistemático para abordar temas presentes no cotidiano das pessoas. Esses alunos defendem que para ajudar os pacientes é suficiente o psicólogo conhecer na prática as questões que esses apresentam como queixa, pois a experiência de vida é suficiente para o exercício da psicoterapia. Esse pensamento alimenta a dificuldade de compreender o pensamento científico. Para ajudá-los em relação a essa postura Matheus foi escolhido para ministrar uma aula à turma do 3º semestre com o objetivo de promover a compreensão do conceito de ciência e sua importância para o exercício da psicologia clínica. Ajude-o elegendo os conteúdos que precisam ser reforçados junto a esses alunos. Para tanto, recorra ao livro didático e identifique o conteúdo que o ajudará nessa atividade.

Não pode faltar

Os temas abordados nesta seção serão explorados a partir da relação que estabelecem com o conceito de ciência. **Mas afinal o que é ciência?** De acordo com Lakatos (1970 apud CHIBENI, 2004, p. 15-6), "a ciência madura consiste de programas de pesquisa nos quais são antecipados não apenas fatos novos, mas também novas teorias auxiliares; a ciência madura possui 'poder heurístico', em contraste com os processos banais de tentativa e erro". A ciência diz respeito à aquisição de conhecimento aprofundado por meio de pesquisa sistematizada. Desse modo, o conhecimento científico distancia-se do entendimento do senso comum sobre fenômenos ou comportamentos.

A psicologia adquiriu o status de ciência no ano de 1879 quando Wilhelm Wundt (1832-1920) inaugurou o Laboratório de Psicologia

Experimental na Universidade de Leipzig, na Alemanha. Portanto, a **fundamentação científica da psicologia** vem do campo da pesquisa acadêmica.

Esse ambiente de pesquisa tornou-se o primeiro centro internacional de formação de psicólogos e recebia estudantes dos mais diversos países que ao voltarem para suas origens, davam seguimento às pesquisas e fundavam outros laboratórios (ARAÚJO, 2009), expandindo, portanto, o caráter científico da Psicologia.

Ao fundar o laboratório de Psicologia Experimental, Wundt deu continuidade a um programa de pesquisa que tinha iniciado em Heidelberg e consolidou, desse modo, “o projeto de uma psicologia científica livre de especulações metafísicas” (ARAÚJO, 2009, p. 11). A maioria das pesquisas realizadas pelos alunos de Wundt eram provenientes das teses de doutorado que ele orientava. No entanto, outros pesquisadores (não atrelados a cursos de doutorado) também desenvolveram pesquisas com Wundt. O laboratório despertou amplo interesse passando também a receber visitantes para fins de pesquisa (ARAÚJO, 2009, p. 12). Vale ressaltar que maioria das pesquisas no campo da psicologia permanecem ainda hoje sendo realizadas por alunos de mestrado e doutorado.

Como apresentado na Seção 1.1, lá no início dos estudos desta disciplina, a partir do momento em que a Psicologia atingiu caráter científico **a psicoterapia também foi reconhecida enquanto ciência**. Segundo Ribeiro (2013), a partir de então conferiu-se na psicoterapia a possibilidade de conhecer em profundidade o funcionamento da mente humana e proporcionar ao indivíduo conhecimento sobre si mesmo. A psicoterapia é, portanto, um método de tratamento dos processos psíquicos e do comportamento humano, como também uma ferramenta de pesquisa desses fenômenos.

Contudo, antes de ser reconhecido enquanto um método científico, o valor da psicoterapia já era reconhecido por alguns pesquisadores. De acordo com Rodegheri (2011), a primeira defesa da psicoterapia enquanto método eficaz e confiável ocorreu em 1904 quando Sigmund Freud, em uma conferência para médicos em Viena, ressaltou que o uso da psicoterapia é uma prática antiga e pode ser feita de variadas maneiras a partir de diversos métodos, embora ele se ocupasse do método psicanalítico. Disse ainda que o objetivo da psicoterapia é a recuperação do paciente.

A psicoterapia ocorre apoiada em um arcabouço teórico e técnico por meio do qual o psicoterapeuta compreende o comportamento de seu paciente e fará intervenções visando resolução de questões ligados ao psiquismo. Ocorre por meio de etapas em um processo cujo principal recurso é a relação estabelecida entre o psicoterapeuta e o paciente, a chamada aliança terapêutica.

Em relação à legislação brasileira sobre psicoterapia, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução CFP nº 10/2000, define que qualquer profissional não psicólogo pode realizar psicoterapia, mas não pode intitular-se psicólogo. A partir desse posicionamento entendemos que não há rigidez em relação ao exercício da psicologia clínica (ou de algo que se intitule como tal), desde que a nomenclatura “psicoterapeuta” não seja utilizada. Com isso, os terapeutas encontram uma forma de atuar que não implica em sanções legais ao exercício das terapias alternativas ou ao exercício da psicoterapia por não psicólogos.



Pesquise mais

O artigo *Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica*, de Paulo Francisco de Castro, publicado em 1999, continua sendo um importante referencial para compreender a Psicologia enquanto ciência. Claro e objetivo, esse trabalho destaca ainda a relação da psicologia clínica com a ciência. Sua leitura é indispensável para ampliar o conhecimento sobre esses temas. Aproveite!

CASTRO, P. F. Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 1, n. 1, p. 3-13, 1999. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1130/832>>. Acesso em: 8 set. 2017.

As terapias alternativas, também conhecidas como terapias complementares ou terapias holísticas, não são reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Especificamente, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo ([s.d.]), decidiu que as terapias e técnicas não reconhecidas pela comunidade científica não podem ser associadas à Psicologia.

Contudo, é crescente o número de pessoas que buscam e também que praticam terapias alternativas (GAUER et al., 1997). Esses autores

citam algumas modalidades dessas terapias, como: a cromoterapia, os florais de Bach, a terapia de regressão a vidas passadas (TRVP) e a Psicologia Transpessoal.



Exemplificando

O uso de terapias alternativas por parte de alguns psicoterapeutas é observado quando estes realizam alguns exercícios de respiração ou meditação e prescrevem florais de Bach, entre outras técnicas. Esses profissionais acreditam que tais técnicas associadas à psicoterapia aumentam ou aceleram a resposta do paciente em relação à mudança de comportamento, por exemplo, diminuindo a ansiedade ou atenuando a depressão.

De acordo com Lopes (2010), no ano de 2010, o Centro Nacional Norte Americano de Medicina Complementar e Alternativa (NCCAM) definiu as terapias alternativas como a reunião de variados sistemas médicos e cuidados de saúde, práticas e produtos que, via de regra, não pertencem à medicina tradicional. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2003, definiu como Medicina Tradicional outros tipos de abordagem, além da alopatia, como: “a Medicina Tradicional Chinesa e Indiana, bem como as técnicas com recurso a plantas, animais ou minerais, desde que a sua utilização seja no sentido da manutenção do bem-estar, tratamento, diagnóstico ou prevenção da doença” (LOPES, 2010, p. 1).

Lopes apresenta a distinção entre as terapias alternativas e as complementares e afirma que terapias complementares se apresentam como um complemento às terapias convencionais ou regulamentadas, e as terapias alternativas se mostram como substituição ou uma alternativa às terapias tradicionais. Contudo, na prática esses termos são usualmente aplicados como sinônimos.

Atualmente, a NCCAM (2010a apud LOPES, 2010) reconhece quatro categorias de terapias alternativas e complementares, como mostrado a seguir.

Quadro 4.1 | Grupos de terapias alternativas

	Grupos de terapias	Abrangência
1	Produtos naturais	Tratamentos que utilizam plantas, vitaminas, minerais e demais produtos naturais, além dos suplementos dietéticos.
2	Terapias "mente-corpo"	São as terapias que destacam a influência da mente no bem-estar do corpo e vice-versa. Exemplos: meditação, as técnicas de relaxamento e a hipnose.
3	Práticas manipulativas	Essas terapias ocorrem por meio da manipulação dos sistemas fisiológicos, em especial dos ossos, das articulações, dos tendões e dos sistemas circulatório e linfático. Exemplos: osteopatia, quiroprática e reflexologia (envolve as massagens terapêuticas e de relaxamento).
4	Terapias baseadas no corpo e as outras terapias.	Dizem respeito às terapias que envolvem movimento e outras terapias que não estão nos grupos anteriores.

Fonte: adaptado de NCCAM (2010a apud LOPES, 2010).

Figura 4.1 | Alusão aos florais de Bach



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/terapia-alternativa-com-ervas-e-%C3%B3leos-essenciais-gm498283304-79569217>>. Acesso em: 9 jul. 2017.



Reflita

Se as terapias alternativas e complementares não são métodos científicos, portanto, não têm eficácia comprovada, como explicar o crescente número de pessoas que recorrem a esses métodos? Do mesmo modo, o que justifica o significativo número de psicólogos que as utilizam em sua prática clínica, escolar e hospitalar?

De acordo com Tavares (2003), existe importante tensão entre as áreas terapêuticas na busca da demarcação de fronteiras de competência profissional. Essa autora afirma que é complexo o caminho para constituir o que é legítimo e ilegítimo em relação às variadas terapêuticas. Do mesmo modo, é delicado determinar a relação entre esses campos: o legítimo e o ilegítimo, ou seja, o científico e as terapias alternativas.

As terapias alternativas ganharam expressão no cenário da contracultura dos anos 1960, mas somente nos anos 1990 ganharam visibilidade social. Tavares recorre a Luz (1997), ao afirmar que:

As terapias alternativas do tipo nova era vem promovendo os mais diferentes arranjos entre novas técnicas e antigas tradições, entre a necessidade de legitimação científica e suas orientações cosmológicas de fundo místico-esotérico, entre uma postura de complementaridade com o saber médico oficial e o desafio de construir uma perspectiva holística, que ultrapasse os limites da perspectiva médica oficial. (LUZ, 1997 apud TAVARES, 2003, p. 85)



As terapias alternativas ou não convencionais são disponibilizadas à população por profissionais de variadas áreas, até mesmo pelos profissionais da psicologia. Esses terapeutas buscam dialogar com os órgãos reguladores de diversas profissões as quais estão ligados. Em relação à psicologia, o Conselho Federal e alguns regionais, nos últimos anos, promoveram debates em torno dessas questões. Tavares (2003, p. 84) entende que a tensão presente na busca de reconhecimento legal é parte de um processo que pode ampliar o conceito de terapia e compõe uma “nova era no âmbito de um espaço social heterogêneo e assimétrico, onde ocorre diferentes critérios de legitimação de procedimentos e terapêuticos”. A autora lembra que algo similar ocorreu em relação às profissões hoje regulamentadas, portanto, legítimas, como a medicina e a psicologia, que na origem estavam circunscritas no contexto religioso ou às crenças populares.

Tavares (2003, p. 96) diz ainda que a rede de terapias alternativas está produzindo seus próprios critérios e regras, um tipo de regulamentação extraoficial e, deste modo, “vem desmonopolizando os critérios oficiais de saberes terapêuticos já estabelecidos, como é o caso da psicologia”.

Contudo, na Resolução nº 10, de 20 de dezembro de 2000, o Conselho Federal de Psicologia resolve, no art. 1º, que a prática clínica do psicólogo deve obrigatoriamente se constituir por meio de técnicas científicas. Desse modo, exclui totalmente a possibilidade do uso de terapias alternativas enquanto técnica principal ou complementar no tratamento psicoterápico.



Apesar de muitos psicólogos utilizarem terapias alternativas em sua prática, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) veta a associação do exercício da psicologia às terapias alternativas ou complementares por estas não serem reconhecidas como métodos científicos.

Ainda que alguns profissionais acreditem que as terapias alternativas podem somar ao trabalho psicoterápico, ainda não foi possível comprovar efetivamente seus efeitos. Entre acreditar e comprovar a eficácia dessas técnicas, existe uma enorme e significativa distância. Ainda que não provoquem malefícios ao paciente, apresentá-las como técnicas efetivas ao trabalho psicoterápico é retroceder à época em que a credence popular e o misticismo orientavam as práticas terapêuticas. A ciência amadureceu e evolui no âmbito da psicologia. Além disso, ciência vai além da crença; oferece técnicas e compreensão teórica cuja eficácia é claramente pesquisada e comprovada, o que confere seriedade ao trabalho do psicoterapeuta.

Figura 4.2 | Psicoterapia alternativa (Reiki)



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/mulher-tendo-um-tratamento-de-cura-reiki-medicina-alternativa-conceito-gm645777576-117084117>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

Sem medo de errar

Considerando que os alunos do 3º semestre de Psicologia não compreenderam o que é ciência, Matheus deve retomar o conceito e a importância desse termo. Para tanto, deve demonstrar que a ciência é o único caminho viável à aquisição de conhecimento aprofundado, o que ocorre por meio de pesquisa sistematizada. O modo como esse caminho é trilhado (pesquisa sistematizada) é que assegura informações, métodos e técnicas confiáveis e eficazes. É importante reforçar junto aos alunos que o conhecimento científico se distancia da visão propagada pelo senso comum em relação aos fenômenos e aos comportamentos.

Em relação à crença de que o psicólogo precisa viver na prática as questões relacionadas às queixas de seus pacientes para que possa ajudá-los, Matheus deve evidenciar que esse entendimento é senso comum, e não ciência. Afinal, não há garantia de que o modo como uma pessoa viveu determinada situação servirá para o outro. Cada pessoa é única, dotada de subjetividade e atribui significados distintos aos fenômenos ou experiências de vida. Portanto, para ajudar o paciente, o psicólogo precisa compreendê-lo à luz de um referencial teórico. Desse modo, poderá identificar o que sustenta ou mobiliza seus comportamentos e emoções, assim como os fatores que o influenciam. A partir disso, poderá ajudá-lo a entender o motivo ou a causa por trás do modo como enfrenta a vida e a queixa apresentada.

O trabalho do psicólogo não deve acontecer a partir de sua experiência pessoal ou de convicções particulares. Ao contrário, sua base deve ser alicerçada em um método teórico e técnico, seja o método comportamental, o psicodrama, a psicanálise, a gestalt ou qualquer outro reconhecido enquanto ciência.

Avançando na prática

Quando o alívio vem do além

Descrição da situação-problema

De modo geral, os alunos do 3º semestre de Psicologia, em sua maioria, entendem que as terapias alternativas, em especial a psicoterapia de vidas passadas, podem ser mais eficazes que a

psicoterapia para tratar o luto. Para contrapor essa ideia, Matheus foi escalado pelo professor titular para ministrar uma aula com a finalidade de esclarecer esse equívoco. Ajude-o a eleger o conteúdo que deve ser apresentado com o objetivo de corrigir tal compreensão.

Resolução da situação-problema

Matheus deve iniciar sua fala informando que a terapia de vidas passadas não atingiu reconhecimento científico, porque seus princípios não são sólidos, ou seja, não é possível assegurar que seus efeitos se repetirão ainda que em situações similares. Não há comprovação em relação a vidas passadas, tampouco se pessoas que já morreram influenciam o comportamento humano, caso isso fosse possível e elas se comunicassem conosco. Vidas passadas é um conceito sustentado por crença, e não por comprovação científica. Desse modo torna-se difícil conhecer e dominar seu funcionamento, sendo impossível trabalhar em bases seguras. Além disso, o paciente deve ser ativo em seu processo de melhoria e crescimento, portanto atribuir a vidas passadas o que acontece em sua vida é colocá-lo em um papel passivo e conformista.

Vale ressaltar que a complexidade da psique humana é de tamanha grandeza que compreendê-la é um desafio amplo o suficiente para ocupar a formação do psicoterapeuta. Além disso, seus benefícios são comprovados. Então, por que buscar algo desconhecido cujos resultados não são garantidos?

Faça valer a pena

1. O conhecimento científico distancia-se do senso comum. Considerando esse contexto, sobre ciência é correto afirmar que:

I. Consiste em programas de pesquisa que antecipam fatos novos e novas teorias auxiliares.

II. Defende a sabedoria popular na formação de novas conceitos ou teorias.

III. Desacredita dos processos banais de tentativa e erro.

IV. Não acrescenta dado novo, confirmando o que o saber popular anuncia. Sobre a ciência, considere o enunciado da questão e assinale a alternativa correta.

a) Apenas a afirmativa I está correta.

b) Apenas a afirmativa IV está correta.

c) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.

- d) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
- e) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.

2. A primeira defesa da eficácia da psicoterapia enquanto método eficaz e confiável ocorreu em uma conferência dirigida para médicos em Viena, na Áustria. Nessa ocasião Freud, o pai da psicanálise, defendeu a psicoterapia na recuperação do paciente.

Sobre o argumento de Freud na defesa da psicoterapia, assinale a alternativa correta.

- a) É uma prática antiga que pode ser feita de variadas maneiras a partir de diversos métodos.
- b) É uma prática antiga cuja realização dá-se unicamente por meio do método psicanalítico.
- c) É uma prática relativamente recente que pode ser feita por meio de variados métodos, incluindo os alternativos.
- d) É uma prática restrita aos médicos e requer conhecimento do corpo além da mente para atingir resultados confiáveis.
- e) Desde sua origem é uma prática alternativa, e essa condição dificilmente mudará, porque trata da subjetividade.

3. A rede de terapias alternativas – também conhecidas como terapias complementares ou terapias holísticas – produz seus próprios critérios e, desse modo, tem desmonopolizado critérios oficiais de saberes terapêuticos consagrados.

Considerando esse contexto, sobre as terapias alternativas é correto afirmar que:

- a) O Conselho Federal de Psicologia mudou a compreensão sobre a eficácia das terapias alternativas em função da produção de critérios próprios dessa área.
- b) O Conselho Federal de Psicologia incluiu as terapias alternativas nas práticas reconhecidas do psicólogo.
- c) O Conselho Federal de Psicologia não reconhece a legitimidade das terapias alternativas.
- d) O Conselho Federal de Psicologia reconhece formalmente a eficácia das terapias alternativas, mas desaconselha o uso dessas técnicas.
- e) O Conselho Federal de Psicologia condena o uso das terapias alternativas e autoriza o uso das terapias complementares no exercício da psicologia.

Seção 4.2

Psicoterapias no mundo

Diálogo aberto

Caro aluno, na seção anterior, você tomou conhecimento da fundamentação teórica sobre a qual a psicoterapia se desenvolveu, conheceu o conceito de ciência e a legislação nacional. Além disso, entrou em contato com as terapias alternativas e o modo como são compreendidas pelo Conselho de Psicologia. Agora, você conhecerá como a psicoterapia (ou psicologia clínica) se consolidou no Ocidente e as influências que a moldaram no Oriente. Verá ainda a relação entre o Código de Ética do psicólogo e o exercício da psicoterapia e entenderá como o Conselho Federal de Psicologia trata o exercício da psicologia clínica.

Vamos, agora, apresentar-lhe uma situação hipotética para que possa aplicar os conceitos teóricos e, assim, compreender como teoria e prática se relacionam no âmbito da psicoterapia. Antes, no entanto, o cenário a ser considerado será contextualizado. Vamos lá! No início da unidade você tomou conhecimento de que a Universidade Sigmund Freud se destaca no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica. É bastante rígida na formação de seus alunos, e seus professores são bastante exigentes, em especial em relação às disciplinas de estágio clínico. Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina Estágio Clínico. Sua principal função é orientar e contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Gerusa, estagiária do 10º semestre, quer inserir em seu atendimento na clínica-escola procedimentos como: treino de concentração, florais de Bach e ioga. Justifica a importância desses métodos a partir da queixa de seu paciente: um pré-vestibulando com dificuldade de concentração. Esse paciente tem 17 anos, e seus pais se separaram recentemente. Ao tomar conhecimento da situação, Matheus precisa orientá-la em relação a tais práticas. Ajude-o a comunicar os efeitos da aplicação dessas práticas de modo que Gerusa entenda por que não deve utilizá-las.

Não pode faltar

Como visto na Seção 1.1 deste livro didático, a **origem da psicoterapia no Ocidente** está diretamente relacionada à prática médica. O grego Hipócrates – considerado o pai da Medicina –, a partir da observação clínica, criou a anamnese e instituiu o diagnóstico. A ideia permanece vigente e defende iniciar o atendimento clínico pelo diagnóstico para em seguida elaborar o prognóstico do quadro do paciente. De acordo com Moreira, Ramagnoli e Neves (2007), Hipócrates descreveu mais de 45 enfermidades usando a observação, a anamnese e a imposição das mãos para medir a temperatura. Esse foi o único modelo até o século XVII.

Na virada do século XVIII para o século XIX, em função dos avanços na área da biologia, a clínica médica atingiu seu apogeu. No século XX novas tecnologias associadas à medicina provocaram verdadeira revolução nessa área. A partir desses avanços diagnósticos os tratamentos ficaram mais sofisticados e complexos, dando origem ao surgimento das especialidades médicas (MOREIRA; RAMAGNOLI; NEVES, 2007).

Essa nova e fragmentada roupagem levou médicos a delegarem para o paciente e sua família a decisão sobre o especialista que deveriam procurar. Como afirmam Moreira, Ramagnoli e Neves (2007, p. 612):



É como se a clínica estivesse se abstendo do leito, do debruçar-se sobre, uma vez que o paciente, a partir de seu sintoma, avalia a quem deve recorrer. O acamado passa a depender de um outro que o faça, já que não é mais o médico quem vai até o paciente, mas é este quem vai até o médico.

Contrapondo-se a essa visão, na Era Vitoriana (1837 a 1901), Sigmund Freud – o pai da psicanálise – revolucionou a prática clínica ao deslocar o saber da figura do médico para o paciente. Criou um método que se apoia no conhecimento do inconsciente para diagnosticar e elaborar o prognóstico. A psicanálise baseia-se na escuta do sujeito com vista a identificar os conteúdos psíquicos recalçados no inconsciente e, desse modo, compreender os afetos

reprimidos e mostrá-los ao paciente. Tais conteúdos são a causa dos sintomas, portanto, a origem do sofrimento e das patologias (MOREIRA; RAMAGNOLI; NEVES, 2007).

De acordo com Schneider (2002, p. 612), na visão médica “o sintoma é o indicador soberano da doença”. Enquanto na medicina o foco é a doença, em especial os sintomas, na psicanálise a prioridade é compreender a causa do sofrimento e a subjetividade de cada sujeito. A grande diferença entre os modelos médico e psicanalítico estão, portanto, na relação que se estabelece com o paciente e sua queixa e sintomas (o orgânico ou biológico). A medicina centra-se nos sintomas enquanto a psicanálise leva seu olhar para a demanda do sujeito (de modo amplo), tendo como referência sua subjetividade.

Na psicanálise o diagnóstico ou a compreensão do sujeito ocorrerá a partir da escuta do paciente, cabendo ao psicanalista conduzi-lo na busca por si mesmo, ou seja, compreender-se a partir da relação entre seu comportamento e os conteúdos inconscientes.

Freud foi responsável por significativos avanços na psicologia clínica no Ocidente, como: reconhecer a importância da resistência para a evolução do tratamento; mudar o foco da observação para a escuta; entender o sujeito como protagonista de sua história de adoecimento em oposição a colocá-lo em uma postura passiva (MOREIRA; RAMAGNOLI; NEVES, 2007).

Em 1899, Freud utilizou pela primeira vez o termo psicologia clínica ao escrever uma carta a Fliess (médico alemão, importante interlocutor de Freud). Para Schneider (2002), pelo fato de a teoria psicanalítica pautar-se no estudo de casos clínicos, esse método compõe a psicologia clínica. Schneider (2002) chama a atenção para a frequente confusão feita entre psicanálise e psicologia clínica e tenta elucidar essa questão recorrendo a Roudinesco (1988). Essa importante psicanalista diz que a psicanálise é uma atividade clínica, contudo, não se trata de psicologia clínica, uma vez que não adota a observação direta do paciente. Ao contrário, interpreta os sintomas a partir da escuta de uma fala que traz conteúdos inconscientes. Esse argumento pode fazer sentido uma vez que somente a psicanálise adota o inconsciente enquanto meio para compreender o sujeito. Os demais métodos (Gestalt, Sistêmica, Psicodrama, entre outros) trabalham no nível da consciência. Portanto, a visão psicanalítica não é regra seguida por toda a psicologia clínica. Mas é uma teoria clínica adotada por muitos psicólogos e reconhecida pela psicologia.

Além da decisiva contribuição de Freud, Schneider (2002) reconhece a importância da pesquisa científica para o reconhecimento da psicologia clínica e, portanto, da psicoterapia. Essa autora alerta que a psicologia clínica não tem como atividade única a psicoterapia. Sua consolidação decorre da produção de conhecimento alcançada por meio de pesquisas científicas, em especial no que diz respeito à elaboração de teorias e conceitos sobre a realidade social e psíquica nas quais o sujeito está inserido.



Assimile

A pesquisa científica é importante para a psicologia clínica à medida que fortalece seu caráter científico. Isso ocorre quando a pesquisa é aplicada na verificação e ampliação dos princípios e conceitos teóricos da área clínica.

Figura 4.3 | Sigmund Freud



Fonte: <<https://goo.gl/8Ht6Qg>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

As civilizações ocidental e oriental divergem significativamente em relação a crenças, valores, hábitos e comportamentos, ou seja, ambas as regiões têm culturas muito distintas. **A Psicologia no Oriente** foi fortemente influenciada pelas crenças religiosas. Ao contrário do que ocorre no Ocidente, não há uma divisão categórica entre esses dois campos. Jung (1980), importante psicólogo analítico, afirma que no Oriente não se estruturou uma psicologia tal qual ocorreu no Ocidente. Ao invés disso, instituiu-se a metafísica. Tais diferenças podem ser observadas na forma como cada continente compreende espírito e nas decorrências desse entendimento.

Jung (1980, p. 11) ressalta que a psicologia no Ocidente não é influenciada pela metafísica. É, portanto, “uma ciência dos fenômenos puros”. Por sua vez, no Oriente não há conflito entre ciência e religião. Logo, psicologia e religião andam de mãos dadas.

De acordo com Jung (1980, p. 19): “[...] o homem se ocupa com o pecado devido à sua ignorância cega a respeito do carma, ou atormenta a sua imaginação com uma crença em deuses absolutos [...]”. No Oriente a psique é entendida como a natureza de Buda. A psique para os orientais é o espírito de Buda. Esse modo de entender a psique “determina todos os seus pensamentos, ações e sentimentos, seja qual for a crença que professe” (JUNG, 1980, p. 19). Desse modo, não teria como a psicologia manter-se distante das crenças religiosas, pois as religiões são parte fundamental da cultura oriental.



Pesquise mais

Para saber mais sobre a psicologia junguiana, fortemente influenciada pela cultura oriental, faça a leitura do artigo *Religião, Deus e símbolos em C. G. Jung: tecendo considerações*. Nesse texto, você conhecerá a vida de Jung e suas principais concepções teóricas, além da relação entre a crença religiosa pessoal de Jung e seus trabalhos científicos. Disponível em: <<http://fajopa.com/contemplacao/index.php/contemplacao/article/view/89/103>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

Segundo Mocciamandro (2007), a partir do século XX, no Oriente os estudos da física fortaleceram a aproximação da psicologia com o misticismo. Importantes psicólogos da civilização ocidental uniram o misticismo e a espiritualidade à psicologia na construção de suas

teorias e, consequentemente, em seu trabalho clínico, como os apresentados a seguir.

Quadro 4.2 | A influência oriental na psicologia ocidental

Psicólogo	Corrente teórica	Definição
Carl Gustav Jung	Psicologia analítica	Método psicoterápico que defende a individuação do sujeito como um processo a ser alcançado ao atingir a singularidade profunda. Ressalta o misticismo e a espiritualidade.
Abraham Maslow Stanislav Grof Carl Rogers Ken Wilber	Psicologia transpessoal	Esta abordagem psicoterápica privilegia a espiritualidade e defende que o indivíduo encontrará sua última realização na transcendência dos próprios limites.
Roberto Assagioli	Psicossíntese	Abordagem psicoterápica que concebe o indivíduo como uma totalidade. Entende que o paciente tem como missão organizar-se em torno de um Self.

Fonte: adaptado de Moccalamdro (2007); Boainain Jr. (1998); Jung (1984).

Os autores supracitados foram influenciados pelo budismo, hinduísmo, ioga, cabala, mandala e também pela teosofia. Tais influências são observadas nos conceitos de self pessoal, self transpessoal, Eu Superior, inconsciente coletivo, Si-mesmo, entre outros termos. Além disso, tais religiões ou filosofias influenciaram também a adoção de práticas orientais e técnicas psicoterápicas, como a meditação e o relaxamento, por exemplo (MOCCALAMDRO, 2007).

Quadro 4.3 | Conceitos decorrentes da cultura oriental

Termos	Conceito
Self pessoal	Confere singularidade ao indivíduo. É eterno enquanto símbolo arquetipo. Totalidade psíquica. "Singular manifestação de uma parte da individualidade".
Self transpessoal	Transpõe a individualidade ou o self pessoal.
Eu superior	Dimensão que transcende o ego. Onde se encontra a sabedoria divina no homem.
Inconsciente coletivo	Camada mais profunda do inconsciente, traz a memória da história da humanidade, os arquétipos.
Si-mesmo	Totalidade da psique

Fonte: adaptado de Gorresio (2005).

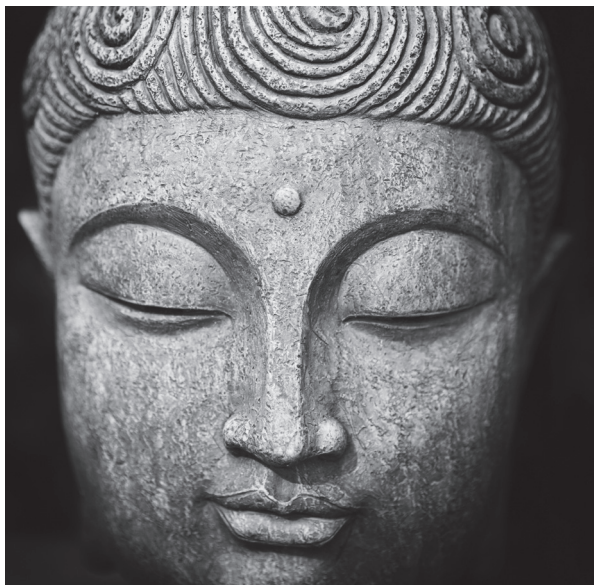
Desse modo, constatamos que as crenças dominantes no Oriente influenciaram não somente a psicologia nesse continente, mas também alguns importantes psicoterapeutas do Ocidente. A cultura mostrou ser o terreno a partir do qual as teorias psicológicas são desenvolvidas, tanto no Ocidente quanto no Oriente, o que explica a importante diferença observada na concepção de psicoterapia em cada uma dessas civilizações.



Refleta

Se a psicologia ocidental é "uma ciência dos fenômenos puros" como afirma Jung (1980, p. 11), como as psicoterapias estruturadas a partir do misticismo e altamente influenciadas pelas religiões orientais são reconhecidas e legalizadas no Ocidente, como a psicologia analítica de Jung?

Figura 4.4 | Rosto de Buda



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/rosto-de-buda-gm155387274-19530175>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

Após retratarmos o surgimento da psicoterapia nas culturas ocidental e oriental, vamos apresentar a psicoterapia que trata de questões vividas por pessoas que transitam entre culturas. **A psicologia intercultural** surgiu na década de 1960 para estudar a relação entre comportamento e cultura (DEBIAGGI, 2008). Para tanto, baseia-se em conceitos originados na psicologia geral e na social, como: identidade, gênero, alteridade, luto, entre outros.

O campo de atuação do psicoterapeuta intercultural cresceu significativamente nas últimas décadas em decorrência da globalização da economia. Na contemporaneidade o número de pessoas que mudam suas residências de país, seja por um curto período de tempo, seja em definitivo, é o maior na história da humanidade. Desse expressivo número de estrangeiros, boa parte desse contingente é de refugiados que precisam manter-se longe de seus países para proteger suas vidas de perseguições políticas ou religiosas, guerras como a da Síria, entre outros motivos. A seguir as diversas figuras de estrangeiros que transitam pelo mundo.

Quadro 4.4 | Tipos de estrangeiros

Tipos de estrangeiro	Definição
Apátrida	Pessoa que nasce sem nacionalidade ou tem sua nacionalidade anulada pelo Estado. Portanto, não tem proteção de um Estado nacional.
Intercambista	Pessoa que muda temporariamente de país para realizar cursos que pertencem à educação formal.
Expatriado	Empregado transferido para trabalhar em filial da empresa localizada em outro país, por um período mínimo de dois anos. Ao fim desse período, retorna ao país de origem ou viverá outra expatriação.
Imigrante	Pessoa que se desloca por vontade própria principalmente em busca de melhorar sua vida (busca de trabalho ou educação). Não tem impedimento legal para retornar ao seu país se assim preferir.
Refugiado	Pessoa que foge de conflito armado ou perseguição política ou religiosa. É impedido de voltar ao seu país.
Casal intercultural	Casal de estrangeiros em que um dos cônjuges mudou de país em função do casamento.

Fonte: adaptado de ACNUR (2015).

De acordo com Moro (2015, p. 187), “o acontecimento migratório não é apenas um ato social, mas também psíquico”. Em qualquer tipo de migração, a mobilidade impõe importantes rupturas, o enfraquecimento de vínculos e o afastamento das redes sociais de apoio, do lugar e da cultura de origem. Trata-se de um processo que pode abalar a identidade, ou seja, a construção de si mesmo.

O psicólogo que trabalha com interculturalidade pode atuar tanto em serviço público, em ONGs ou em seu consultório. No Brasil, ainda não há formação específica nessa área. Contudo, vários estudos aprofundados (mestrado, doutorado) foram realizados mostrando, desse modo, que importante número de psicólogos trabalha com essa temática.

Rosa (2012, p. 72) nomeia clínica do traumático o universo de trabalho com refugiados e imigrantes e diz que essa atividade envolve práticas

clínico-políticas. A clínica do traumático é assim definida em função de os pacientes não terem desenvolvido uma “resposta metafórica, um sintoma através do qual possa falar de seu sofrimento e endereçar uma demanda”. Diz que o sujeito refugiado perdeu o laço identificatório e sofreu importante abalo narcísico ao sair de seu lugar de origem e passar a viver em outra cultura. Essa experiência causa angústia e a sensação de desamparo, “um sem lugar no discurso”, o que inviabiliza o “contorno simbólico do sintoma e de construir uma demanda”. O resultado observado é o recalque (no inconsciente) da traumática experiência de deixar o país de origem para resguardar a própria vida e também a importante dificuldade de se localizar na nova vida. Essa experiência promove o sentimento de estranheza (ou estrangeiro).

A psicoterapia intercultural é uma área em ascensão e requer conhecimento sobre a experiência das diferentes figuras de estrangeiros que, somado à formação clínica do psicólogo, dará ferramentas a este para atuar com segurança.

Figura 4.5 | Alusão à interculturalidade



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/cultural-differences-in-the-workplace-gm608636992-104372295> . Acesso em: 22 jul. 2017.

Em relação às **práticas psicoterápicas reconhecidas no Brasil**, como apresentado na Seção 4.1, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução nº 10 de 20 de dezembro de 2000, art. 1º, resolve:

A Psicoterapia é prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos. (BRASIL, 2000, [s.p.])

Contudo, o referido conselho não nomeia as práticas legais. O CFP reconhece que há inúmeros tipos de psicoterapia, o que inviabiliza o controle absoluto desse campo. O CFP recorreu a Cardioli para justificar sua posição:

Na atualidade, existem mais de 250 modalidades distintas de psicoterapias, descritas de uma ou de outra forma em mais de 10 mil livros e em milhares de artigos científicos relatando pesquisas realizadas com a finalidade de compreender a natureza do processo psicoterápico e os mecanismos de mudança e de comprovar a sua efetividade, especificando em que condições devem ser usados e para quais pacientes. Apesar de todo esse esforço, evidências convergentes são escassas. A controvérsia ainda é grande, e o reconhecimento da psicoterapia como ciência é tênue. (CARDIOLI, 2008 apud CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009, p. 34)



Exemplificando

Quando uma nova abordagem teórica (e técnica) surge, não há uma exigência legal para que esta seja registrada nos órgãos que regulamentam o exercício da profissão de psicólogo. Essa nova abordagem vai crescendo por meio de publicações e cursos até que num dado momento fica visível à população em geral. O conselho sendo provocado pelos cidadãos se posicionará sobre o reconhecimento legal de tal abordagem.

Desse modo, cabe às faculdades de Psicologia informar quais são os métodos psicoterápicos reconhecidos legalmente. Isso acontece à medida que essas escolas incluem em seus currículos somente as teorias reconhecidas. Ou quando abordam terapias alternativas, informam seu caráter ilegal.

Contudo, o Código de Ética do Psicólogo, na seção Princípios Fundamentais, explicita as bases nas quais foi desenvolvido, o que vem a determinar o compromisso ético do psicólogo em relação ao modo como deve realizar seu trabalho, ou seja, a partir da ciência. Desse modo, não há espaço para práticas alternativas. A seguir o parágrafo que comprova essa afirmação:



IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000, p. 7, grifo nosso)

O mesmo código versa sobre o que é vedado ao psicólogo:



f) Prestar serviços ou vincular o título de psicólogo a serviços de atendimento psicológico cujos procedimentos, técnicas e meios não estejam regulamentados ou reconhecidos pela profissão. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000, p. 10, grifo nosso)

Dessa forma, o CFP espera que o psicólogo conheça os métodos científicos (e não científicos), não havendo espaço para alegar desconhecimento da ciência psicológica e de sua aplicação na prática psicoterápica.

Sem medo de errar

Vimos que Gerusa quer adicionar procedimentos alternativos à psicoterapia de um paciente adolescente com dificuldade de concentração. Para Matheus alertá-la sobre os efeitos da aplicação dessas práticas e convencê-la da impossibilidade de utilizá-las, já que

não são reconhecidas como científicas, deve, em primeiro lugar, explicitar seu caráter ilegal. Desse modo, Gersa não contará com a possibilidade de utilizá-las. Caso isso ocorresse, tanto ela quanto a clínica estariam sujeitos a punições do Conselho Regional de Psicologia.

Na sequência, Matheus deve explicar que, por não se tratar de procedimentos científicos, não há garantia de retorno, ou seja, muito provavelmente não atingirá o que se espera. O paciente não terá melhora em relação à sua concentração que se mantenha no longo do tempo. Por fim, Matheus deve mostrar que a queixa do paciente deve ser melhor explorada. Uma hipótese a ser considerada é a relação da queixa com a separação dos pais e a fase do ciclo vital em que o paciente se encontra: a adolescência. Nesse período da vida, é comum algumas pessoas (em número significativo) apresentarem dificuldade de concentração, pois há uma série de eventos importantes com os quais têm que lidar, como: as pressões sociais pela escolha da profissão, a cobrança (dos pais e do próprio indivíduo) para ser aprovado no vestibular – o caso específico de seu paciente –, a consolidação da identidade, incluindo a sexual. Além disso, Gersa deve buscar entender os reflexos da separação dos pais sobre o paciente. Ao investigar essas questões, entenderá melhor como a queixa de concentração está relacionada a essas questões e, então, poderá trabalhar com a causa do sintoma.

Dessa forma, conseguirá um resultado melhor à medida que trabalhar as angústias e demais sentimentos em torno da situação que o paciente vive e, conseqüentemente, os efeitos desse trabalho se estenderão a variados aspectos da vida do adolescente. Além disso, a melhora em relação à concentração terá um caráter mais duradouro.

Faça valer a pena

1. Sigmund Freud foi responsável por significativos avanços na psicologia clínica no Ocidente. Foi também o primeiro pesquisador a usar o termo psicologia clínica. Seu legado ultrapassou o ambiente psicanalítico e está presente nas diversas áreas da psicologia.

Entre as contribuições que Freud trouxe à psicoterapia no Ocidente, podemos reconhecer:

- a) A mudança do foco da escuta para a observação direta.
- b) O entendimento do sujeito como protagonista de sua história de adoecimento.

- c) A eliminação da necessidade de medicamentos para tratar enfermidades.
- d) A instituição do diagnóstico associado a avanços tecnológicos.
- e) A implantação do conceito de atendimento multidisciplinar ao reunir médico e psicólogo no tratamento de saúde.

2. No Oriente a psicologia foi fortemente influenciada pelas crenças religiosas, porque as religiões são parte fundamental da cultura oriental. Essa característica permanece presente no cenário atual da psicologia nessa civilização.

Com base nessa afirmação, assinale a alternativa que retrata a influência da religião na psicoterapia no Oriente.

- a) A vida é uma eterna reencarnação, por isso, a terapia de vidas passadas sobrepõe a psicoterapia.
- b) A mentalização e a ioga são suficientes para a cura da alma.
- c) Psique e corpo são um presente que o homem recebeu de Buda.
- d) Corpo e alma são entendidos como espírito.
- e) A psique, para os orientais, é o espírito de Buda.

3. A psicologia intercultural surgiu na década de 1960 para estudar a relação entre comportamento e cultura. Considerando essa afirmação, complete as lacunas:

Essa modalidade de psicoterapia baseia-se em conceitos originados na psicologia _____ e na psicologia social, como: _____, gênero, _____, luto, entre outros.

Assinale a alternativa que apresenta o conjunto de palavras que preenche corretamente as lacunas.

- a) Geral – identidade – alteridade.
- b) Desenvolvimento – alienação – família.
- c) Do luto – perdas – adaptação.
- d) Ambiental – identidade – família.
- e) Familiar – alteridade – redes sociais de apoio.

Seção 4.3

Pesquisa em psicoterapia

Diálogo aberto

Na seção anterior, você conheceu mais sobre a história da psicoterapia e as influências recebidas no Ocidente e também no Oriente. Foi apresentada a relação entre o Código de Ética e o exercício da psicoterapia, além do modo como o Conselho Federal de Psicologia trata o exercício da psicologia clínica. Agora, nesta seção final, será apresentado o cenário da pesquisa em psicoterapia, no Brasil e no mundo. Para compreender melhor a importância desse conteúdo para a atuação do psicólogo clínico, elaboramos uma situação hipotética que favorecerá tal compreensão.

No entanto, antes precisamos retomar o cenário no qual a situação hipotética está contextualizada. Como foi apresentado anteriormente, a Universidade Sigmund Freud se destaca no país enquanto centro de excelência em psicologia clínica. É uma instituição bastante rígida no que diz respeito à formação de seus alunos. Conta com um corpo docente muito exigente, principalmente em relação às disciplinas de estágio clínico. Matheus é aluno do 10º semestre de Psicologia e assistente da disciplina Estágio Clínico. Sua principal função é contribuir para o bom rendimento dos demais alunos, além de auxiliar o professor titular em suas atividades.

Alunos do último semestre de Psicologia pediram ajuda a Matheus para elaborar o resumo de texto acadêmico que pretendem inscrever para concorrer a um prêmio que será disputado entre diversas faculdades de Psicologia. Sendo assim, nesse momento precisam enviar um resumo que, se aprovado, posteriormente será expandido para um projeto de intervenção contextualizando um tipo de psicoterapia. Por ora, por se tratar de um resumo de texto acadêmico, o trabalho deve conter a definição de pesquisa em psicoterapia, sua importância, o modo como é realizada e o objetivo do trabalho desses alunos. Ajude Matheus a redigir o resumo em parceria com os alunos.

O resumo deve seguir as normas ABNT para trabalhos acadêmicos. Em seguida, esse trabalho final deve ser entregue ao seu professor em sala de aula.

Bom trabalho e mãos à obra!

A investigação científica sempre esteve relacionada à consolidação da psicologia enquanto ciência. **A pesquisa em psicoterapia** busca avaliar os resultados e a eficácia do método psicoterápico. De acordo com Campezatto, Vieira e Nunes (2013), a importância de investigar, ou seja, de conhecer em profundidade a efetividade da psicoterapia encontra-se em saber com segurança o que a prática clínica pode oferecer à população e, ao mesmo tempo, propicia ao psicoterapeuta aperfeiçoar seu conhecimento teórico e técnico.

Para Peuker et al. (2009), a avaliação em psicologia clínica tem se mostrado um importante desafio e requer a integração da teoria com a técnica, a ética e a metodologia. Esses autores entendem que os avanços mais importantes nessa área se concentram em compreender como se estabelecem as interações psicoterápicas entre métodos científicos e o conhecimento obtido no campo.

Historicamente, a psicologia clínica se desenvolveu a partir dos estudos psicanalíticos e de estudos interdisciplinares. No início dessa trajetória, a abordagem dos casos clínicos era feita por meio da psicopatologia, do sofrimento do sujeito, o que era compreendido como consequência de influências intrapsíquicas.

Nos dias atuais, a discussão ocorre em torno do que é normal ou patológico. Desse modo, não são considerados somente os fatores intrapsíquicos, mas a relação do sujeito com a sociedade e as mudanças culturais que imprimiram forte ritmo nas últimas décadas. Em decorrência desse cenário, a psicologia clínica expandiu o conceito de fato clínico e passou a admitir que em determinados contextos sociais não só o sofrimento individual se faz presente, mas todo um grupo social é atingido por fatos como: a liberdade sexual, o tráfico de drogas, a miséria, o desemprego, catástrofes ambientais, entre outros (PENHA; FORTUNATO, 2008). Entendemos que para ampliar a compreensão do sofrimento humano é preciso conhecer acuradamente os novos contextos, o que deve ocorrer por meio da pesquisa científica.

Além disso, Fonagy (2003 apud PEUKER et al., 2009) afirma que a importância da pesquisa aumentou a partir do momento em que, nos Estados Unidos e em vários países da Europa, grande

parte dos recursos disponíveis para a saúde mental passaram a ser destinados exclusivamente a métodos de tratamento psicoterápico cuja comprovação já foi atestada cientificamente, ou seja, por meio de pesquisas.

Há variados **métodos de investigação das psicoterapias**. Entre esses destacam-se:

(1) Avaliação de resultado – de eficácia e de efetividade.

- **Eficácia:** busca medir o quanto uma intervenção produz um resultado benéfico em condições ideais de observação. Portanto, diz respeito ao resultado experimental conseguido em laboratório. Mensura-se a intervenção aplicada em amostra homogênea por meio de rígido controle de variáveis.

- **Efetividade:** tem por objetivo medir o quanto uma intervenção produz um resultado benéfico quando resguardadas as condições habituais de uso, o chamado mundo real, em população definida (DEAKIN; NUNES, 2008 apud CAMPEZATTO; VIEIRA; NUNES, 2013).

(2) Avaliação do processo psicoterápico – enfoca como as mudanças ocorrem em psicoterapia (PEUKER et al., 2009).

A origem da pesquisa em psicoterapia – a pesquisa em psicoterapia foi iniciada por Freud nos estudos sobre a histeria, no ano de 1895, e com o caso do Pequeno Hans, em 1909. Freud tinha como objetivo identificar a causalidade psíquica demonstrada pelo paciente e sua evolução ao longo do tratamento. Na sequência, na década de 1940, Rogers estudou as sessões psicoterápicas por meio da escuta de suas gravações e investigou “trocas isoladas e discretas entre o paciente e o psicoterapeuta”, como o silêncio (BRUM et al., 2012).

Após as pesquisas iniciais (desenvolvidas por Freud e Rogers), as pesquisas que vieram a seguir basearam seus estudos em evidência, na eficácia e na efetividade da psicoterapia, como será mostrado a seguir.

Período	Objetivo
1960-1970	Identificar técnicas psicoterápicas mais eficazes em relação a um determinado problema.
Década de 1980	Conhecer técnicas psicoterápicas mais eficazes na diminuição de problemas emocionais.
Na atualidade	Esclarecer aspectos que as pesquisas que estudaram a eficácia e efetividade não conseguiram resolver.

Fonte: adaptado de Brum et al. (2012).

De acordo com Brum et al. (2012), essas pesquisas tinham uma base positivista e visavam identificar evidências de mudanças no quadro clínico em questão. Os pesquisadores comparavam um grupo experimental a um grupo-controle que não recebia intervenção ou, ao contrário, a outro grupo que recebeu um tipo diferente de tratamento ativo. Com isso, relacionavam a resposta terapêutica com a melhora da psicopatologia.



Pesquise mais

Leia o artigo das brasileiras Honda e Yoshida (2013), cuja proposta é combinar o critério da eficácia adaptativa com os da Lista Hierárquica de Indicadores Genéricos de Mudança (LHIGM) e, desse modo, mostrar como as pessoas mudam em psicoterapia.

HONDA, G. C.; YOSHIDA, E. M. P. Mudança em psicoterapia: indicadores genéricos e eficácia adaptativa. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, out./dez. 2013, p. 589-597. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/261/261306390006/>>. Acesso em: 9 set. 2017.

Brum et al. (2012, p. 261) apresenta o resultado de uma pesquisa baseada em evidências que, especificamente, diz respeito à eficácia e foi realizada por Elkin et al., em 1995, com 250 pacientes americanos designados randomicamente (aleatoriamente) para quatro condições de tratamento durante 16 semanas:

1) **psicoterapia cognitivo comportamental**; 2) **psicoterapia interpessoal** - identificado pelo NIMH como sendo um tratamento psicodinâmico; 3) **medicação antidepressiva e manejo clínico habitual** (suporte e encorajamento); e 4) **placebo e manejo clínico habitual**. As avaliações ocorreram antes e depois do tratamento, com a utilização de escalas para avaliação da depressão e para avaliação global dos pacientes. Os resultados revelaram a melhora dos sintomas depressivos em todos os quatro tipos de tratamento avaliados, apontando que nenhuma das intervenções foi significativamente melhor do que as demais. (BRUM et al., 2012, p. 261)

Contudo, logo surgiram divergências em relação à validade desse tipo de pesquisa. Em 1995, nos Estados Unidos, Selligman apontou que a falta de validade externa distanciava esses estudos do cotidiano dos usuários de psicoterapias, uma vez que eram realizados por meio de randomização e seleção de pacientes que não apresentavam comorbidades. Selligman, então, enfatizou que a avaliação da psicoterapia requer incluir **estudos de efetividade**, como: variedade de situações, comorbidades e o limite de sessões realizadas. Na mesma linha de pensamento Goldfried e Wolfem, em 1996, ressaltaram que a pesquisa de resultado em psicoterapia pecava ao distanciar-se do contexto da prática clínica (BRUM et al., 2012).

A proposta de Seligman para estudar a efetividade em psicoterapia inclui, portanto, a avaliação de intervenções. Nesse contexto, o uso de levantamento survey com escolha aleatória dos participantes é realizado com pacientes que fizeram tratamento. Desse modo, Selligman (1995 apud BRUM et al., 2012) acredita que a pesquisa reflete de fato a psicoterapia tal qual ocorre na prática do consultório: sem duração fixa, sem uso de manuais, respeitando as comorbidades e os quadros clínicos apresentados pelos pacientes.

No Brasil, segundo Brum et al. (2012, p. 262), há pesquisadores investigando a efetividade psicoterápica, como Del Prette & Del Prette. Esses pesquisadores consideraram duas dimensões em suas análises: “a análise da significância clínica (mais voltada para a validade externa) e a verificação das mudanças obtidas (mais relacionada à validade interna)”. O resultado apontou para a importância de se

considerar mudanças confiáveis e dotadas de relevância clínica para então serem classificadas como efetivas. Brum et al. (2012, p. 262) diz ainda que “[...] esse método é capaz de avaliar a pré e pós-intervenção, permitindo, portanto, uma avaliação mais fidedigna dos reais efeitos da intervenção realizada”.



Assimile

De acordo com Campezzatto, Vieira e Nunes (2014, p. 218), “



A eficácia se propõe a medir o quanto uma determinada intervenção produz um resultado benéfico em condições ideais de observação; trata-se do resultado experimental em laboratório, ou seja, mesurando-se a intervenção em uma amostra homogênea, através do controle rígido de variáveis. A efetividade se propõe a medir o quanto uma determinada intervenção produz um resultado benéfico, quando empregado no mundo real (condições habituais de uso), em uma população definida (DEAKIN; NUNES, 2008).

Na atualidade, de acordo com Kächele (2000 apud BRUM et al., 2012), o modelo de pesquisa desenvolvido por Freud e Rogers voltou à cena e é denominado **estudo do processo psicoterápico**. Nesse universo, variados estudiosos propõem ampla variedade de avaliações, pois consideram o caráter complexo dos fenômenos processuais. Segundo Jung et al. (2007 apud BRUM et al., 2012), o delineamento de estudos de caso foi retomado, contudo, adota-se uma metodologia mais rigorosa e estruturada. Desse modo, pretende-se ampliar o caráter científico das investigações, enfatizando o contexto no qual ocorrem e valorizando a subjetividade que caracteriza o processo psicoterápico.

Para tanto, priorizam-se registros claros e precisos das sessões, métricas e procedimentos diagnósticos validados. Charman (2003 apud BRUM et al., 2012) ressalta que essa modalidade de investigação parte da premissa de que a psicoterapia é um processo – portanto, tem início, meio e fim – que envolve uma relação interpessoal por meio da qual promoverá mudanças nos sentimentos, nos processos cognitivos e nos comportamentos dos pacientes.

No Brasil, essa modalidade de investigação ainda está na fase inicial do desenvolvimento. Segundo Serralta et al. (2007 apud BRUM et al., 2012) tanto os estudos quanto as medidas disponíveis para esse tipo de pesquisa são escassos. No entanto, mais recentemente algumas publicações têm apresentado pesquisas que denunciam o surgimento de interesse por esse modelo. Esses trabalhos versam sobre características do paciente relacionadas à capacidade de formar aliança terapêutica, além de explorarem a associação entre aliança terapêutica e o processo de transferência. Esses autores identificaram também maior interesse na adaptação (para a realidade brasileira) de instrumentos que avaliam fatores que se comunicam com o processo psicoterápico, como: transferência e contratransferência; aliança terapêutica e os mecanismos de defesa do ego.

Há intensa discussão em torno do baixo número de pesquisa em psicoterapia psicanalítica e psicanálise. Um grupo de autores defende a pesquisa nessa área e outro se opõe por acreditar em sua inviabilidade. De acordo com Green (2005 apud CAMPEZATTO; VIEIRA; NUNES, 2013, p. 2015):

a psicanálise deve se manter como disciplina única e *sui generis*, prática que tem por base o pensamento clínico que emerge no consultório, do qual deriva suas hipóteses teóricas e suas conceitualizações para enriquecer sua base de conhecimento.



Para este autor, a pesquisa somente é válida quando realizada no interior da sessão psicanalítica, vendo como incompatíveis a psicanálise e as exigências do método científico." (CAMPEZATTO; VIEIRA; NUNES, 2013, p. 2015).

Como há muitos psicanalistas afeitos ao ponto de vista de Green, o número de pesquisas sobre os tratamentos psicanalíticos é escasso comparado aos demais métodos psicoterápicos, constata Campezatto, Vieira e Nunes (2013). Estes autores defendem ainda a importância de ampliar o conhecimento científico e a responsabilidade social da comunidade psicanalítica em relação a comprovar a efetividade de seus tratamentos.

Faz-se importante ressaltar que os psicoterapeutas psicanalíticos como também os psicanalistas continuam produzindo em volume

significativo de pesquisas. Contudo, a maioria dos estudos adota o modelo do relato de caso clínico.

Ao longo desta unidade, foi apresentado um amplo material sobre a psicoterapia. Não poderíamos concluí-la antes de explorar dois aspectos de extrema relevância nesse universo: o motivo que leva as pessoas à psicoterapia e a psicoterapia do próprio terapeuta.

Figura 4.6 | Pesquisa em psicoterapia



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/registro-m%C3%A9dico-gm500392222-80739835>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

Psicoterapia é um processo interpessoal que se realiza, na maioria das vezes, em tempo indeterminado, local e horários estabelecidos – durante as entrevistas iniciais – pela dupla paciente-psicoterapeuta. Esse paciente pode encontrar-se em qualquer fase do ciclo vital – da mais tenra infância à velhice, e o processo psicoterápico pode ser realizado individualmente, com família, casal ou grupos diversos.

Ao longo desse trajeto espera-se que o psicoterapeuta esteja capacitado para caminhar lado a lado com o paciente no universo intrapsíquico de modo que favoreça o crescimento pessoal, o que ocorre à medida que os motivos dos comportamentos e do modo de ser do paciente se tornam claros e, então, podem ser elaborados.

Psicoterapia é o acolhimento do outro, que traz uma história dotada de singularidade e precisa ser compreendida, sem julgamento

moral. Cada história é construída com base nas interações ocorridas ao longo da vida, em especial nos primeiros anos, quando a personalidade é construída, de acordo com a teoria psicanalítica.

Você já se perguntou **por que as pessoas fazem psicoterapia?** Ribeiro (2013) diz que a busca por psicoterapia aumentou significativamente a partir do momento em que esse recurso deixou de ser associado a um método de tratamento de psicopatologias e passou a ser compreendido como um instrumento de crescimento pessoal, o que é de fato.

Entendemos que na atualidade a psicoterapia também é associada ao aumento da qualidade de vida e à mudança na forma de lidar com as relações interpessoais e a vida em geral, o que pode trazer alívio ao sofrimento humano.

Essa compreensão pode auxiliar a abrandar a resistência durante o processo psicoterápico. Afinal, entre buscar psicoterapia e entrar em processo psicoterapêutico há uma distância importante a ser percorrida. É comum que as pessoas apresentem ambivalência ao recorrer à psicoterapia. A mesma pessoa quer e resiste, em alguma medida, ao aprofundamento no tratamento psicoterápico (FREUD, 1913).

Figura 4.7 | Sessão de psicoterapia



Fonte: <<http://www.istockphoto.com/br/foto/paciente-gm498612285-42188276>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

Freud (1895) identificou a resistência em sua paciente Elisabeth Von R. Definiu esse termo como uma oposição ativa ao desvelar dos conteúdos inconscientes. Vencida ou atenuada essa etapa e fortalecido o vínculo entre a dupla terapêutica, o processo se desenvolve e o paciente poderá encontrar o que foi buscar, seja crescimento pessoal, qualidade de vida ou melhoria em suas relações interpessoais.



Exemplificando

Imagine que Luiz iniciou sua psicoterapia há três meses. Gosta muito de seu psicólogo, mas às vezes lhe falta coragem para ir às sessões. Além disso, tem chegado atrasado. Fica em silêncio e diz não se lembrar muito de eventos antigos, além de não dar oportunidade ao psicoterapeuta de perguntar-lhe sobre isso. Todos esses eventos (faltas, atrasos, silêncio, esquecimento) sinalizam resistência ao processo psicoterápico.

A psicoterapia deve contemplar o encontro em três subtotalidades: o cliente, o psicoterapeuta e o mundo (RIBEIRO, 2013). Desse modo, entendemos que o psicoterapeuta deve ter também ampla formação cultural, portanto, não pode restringir-se ao conhecimento técnico. Quanto mais ampla for sua cultura geral, mais poderá compreender e capturar o universo de seu paciente.

Nesse contexto, é prudente perguntar-se **“por que quero ser psicoterapeuta?”**. Alguns psicólogos dizem ser movidos pelo desejo de ajudar o outro. Contudo, essa postura, isoladamente, tende a levar esse propósito ao fracasso. Para Ribeiro (2013), o genuíno desejo de ajudar o paciente pode envolver situações de não elaboração de experiências do psicoterapeuta que resultarão, quase sempre, na interrupção prematura da psicoterapia, podendo gerar graves danos ao paciente.

A capacitação do psicoterapeuta vai além de suas motivações. Requer preparo técnico e psicoterapia pessoal, como vimos anteriormente. Para Carvalho e Matos (2011), “o autoconhecimento e a aceitação de si são mesmo considerados fatores relevantes na aceitação e na compreensão do outro”. Vale lembrar que a conduta ética exige capacitação técnica e pessoal para que o psicoterapeuta possa desempenhar suas atividades de forma exitosa. Desse modo, entendemos que para acolher o paciente de modo a auxiliá-lo em seu crescimento é primordial submeter-se à psicoterapia.



A poesia de Ciro Martins citada por Zimmerman (1999), transcrita a seguir, evidencia o caráter humano do psicoterapeuta. É exatamente por sua condição – de ser humano – que todo psicoterapeuta precisa e deve fazer psicoterapia. À propósito, caro aluno, você já iniciou sua psicoterapia?

Leia e reflita.

Pois fica decretado a partir de hoje, que terapeuta é gente também. Sofre, chora, ama e sente e, às vezes, precisa falar.

O olhar atento, o ouvido aberto, escutando a tristeza do outro, quando, às vezes, a tristeza maior está dentro do seu peito.

Quanto a mim, fico triste, fico alegre e sinto raiva também. Sou de carne e sou de osso e quero que você saiba isto de mim.

E agora, que já sabes que sou gente, quer falar de você para mim? (MARTINS, [s.d.] apud ZIMMERMAN, 1999, p.451)

Bion (1987 apud ZIMMERMAN, 1999), um notável psicanalista, ressalta que a prática psicanalítica – aqui equiparada à prática psicoterápica – é muito difícil. Acredita que tamanha dificuldade não vem do vasto universo teórico, pois este pode ser dominado por aqueles dotados de boa memória. O significativo grau de dificuldade presente no exercício da psicoterapia reside em aprimorar a habilidade clínica e em ter atitude psicanalítica adequada. Esse estudioso diz que tal traquejo é encontrado nas supervisões clínicas e nos atributos naturais desenvolvidos por meio da análise pessoal. Para Zimmerman (1999, p. 451), é em sua análise pessoal que o psicoterapeuta adquire recursos para enfrentar “as angústias e os imprevistos de uma longa viagem pelos meandros do inconsciente do paciente e dele mesmo”.

O psicoterapeuta precisa se preparar para compreender a dinâmica psíquica de seus pacientes, o que será obtido por meio do tripé: domínio da abordagem teórica escolhida, nas supervisões clínicas e em sua psicoterapia ou análise pessoal, como visto aqui. Seguir esse

percurso, antes de tudo, é adotar um comportamento ético, portanto significa ser responsável diante de sua escolha profissional.

É essencial ter clareza de que o paciente procura psicoterapia em um momento de fragilidade ou de sofrimento e deposita nessa parceria a possibilidade de encontrar – dentro de si – os recursos necessários para mudar tal condição. Para trilhar rumo a esse propósito é essencial que o psicoterapeuta esteja seguro emocionalmente para conter as angústias do paciente (e, eventualmente, as suas), além de manejar adequadamente as resistências que se manifestarão ao longo da psicoterapia.

Sem medo de errar

Sabemos que Matheus foi requisitado pelos alunos do último semestre de Psicologia para ajudá-los na elaboração de um resumo acadêmico com vista a concorrer a um prêmio. Vimos que, por ser resumo de um texto acadêmico, essa redação deve conter a definição de pesquisa em psicoterapia, sua importância, o modo como é realizada e o objetivo do trabalho desses alunos. Então, agora vamos elaborar o início do resumo.

RESUMO

A pesquisa em psicoterapia teve início com os estudos de Freud e Rogers e foram denominados estudo do processo psicoterápico. A importância da pesquisa está em conferir e assegurar o caráter científico à psicoterapia, como ocorreu com a psicologia quando Wundt inaugurou seu laboratório de pesquisas na Alemanha. A pesquisa em psicoterapia adota vários métodos de estudos que avaliam os resultados obtidos durante o processo psicoterápico. Estes se dividem em: (1) avaliação de resultado, estudo da eficácia e da efetividade em psicoterapia; (2) avaliação do processo psicoterápico, cujo foco está em analisar como as mudanças ocorrem em psicoterapia. Considerando esse contexto, o objetivo desse trabalho é identificar o método de pesquisa predominante no Brasil nos últimos dez anos. Os resultados apontam para a retomada do estudo do processo psicoterápico, como ocorreu no início das investigações sobre psicoterapia.

Complete o resumo de acordo com os conhecimentos adquiridos nesta unidade, lembrando-se de que, se aprovado, posteriormente

será expandido para um projeto de intervenção, contextualizando um tipo de psicoterapia. O trabalho deve seguir as normas da ABNT para trabalhos acadêmicos. Ao finalizar, entregue-o ao seu professor em sala de aula.

Faça valer a pena

1. Em relação às pesquisas em psicoterapia realizadas na atualidade, é correto afirmar que:

I. A psicanálise mostrou-se incompatível com a atual concepção de pesquisa, por isso, o método comportamental é o único usado nas pesquisas atuais.

II. Consideram o caráter complexo dos fenômenos processuais.

III. O delineamento de estudos de caso foi retomado, contudo, adota-se uma metodologia mais rigorosa e estruturada.

IV. Enfatizam o contexto no qual ocorrem e valorizam a subjetividade que caracteriza o processo psicoterápico.

Sobre as pesquisas em psicoterapia na atualidade, considere o enunciado da questão e assinale a alternativa correta.

- a) Apenas a afirmativa I está correta.
- b) Apenas a afirmativa II está correta.
- c) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
- d) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
- e) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.

2. A pesquisa em psicoterapia busca avaliar os resultados e a eficácia do método psicoterápico. Para Peuker et al. (2009), além da avaliação em psicologia clínica ser um importante desafio, requer a integração da teoria com a técnica, da ética e da metodologia.

Sobre a avaliação em psicologia clínica na visão de Peuker et al. (2009), podemos afirmar que:

- a) Está estagnada, porque a ética não permite que a curiosidade dos pesquisadores avance para aspectos ainda desconhecidos da mente humana.
- b) Representa um retrocesso, porque gira em torno da discussão da inviabilidade ou não de se realizar pesquisa em psicanálise.
- c) Não trouxe avanços uma vez que conserva traços da origem da pesquisa, portanto, a relação transferencial continua direcionando as investigações.
- d) Os avanços mais importantes se concentram em considerar a subjetividade do psicoterapeuta em interação com a subjetividade do paciente

e) Os avanços mais importantes se concentram em compreender como se estabelecem as interações psicoterápicas entre métodos científicos e o conhecimento obtido no campo.

3. A psicoterapia é um processo interpessoal que se realiza, na maioria das vezes, em tempo indeterminado, local e horários estabelecidos pela dupla paciente-psicoterapeuta. De acordo com Ribeiro (2013), a busca por psicoterapia aumentou significativamente.

Sobre os motivos que favoreceram o crescimento da procura por psicoterapia, segundo Ribeiro (2013), podemos afirmar que:

a) A superficialidade que caracteriza as relações humanas na contemporaneidade tem aumentado o sofrimento e a depressão na população adulta.

b) A psicoterapia deixou de ser associada a um método de tratamento para doentes mentais e passou a ser compreendida como um instrumento de crescimento pessoal.

c) Na atualidade, fazer psicoterapia é um símbolo de status, porque indica modernidade.

d) Auxilia na diminuição da solidão em uma época em que as pessoas não têm tempo para se dedicarem às relações interpessoais devido ao intenso ritmo da vida nos grandes centros urbanos.

e) A psicoterapia oferece uma relação de confiança na qual o paciente se sente seguro para dividir suas fragilidades em uma época de grande competitividade nas relações sociais.

Referências

ACNUR. **Refugiado ou migrante?** A ACNUR incentiva a usar o termo correto. Genebra, 2015. Disponível em: <<http://www.acnur.org/portugues/noticias/noticia/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

ARAUJO, S. F. Wilhelm Wundt e a fundação do primeiro centro internacional de formação de psicólogos. **Temas em psicologia**, v. 17, n. 1, p. 9-14, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100002>. Acesso em: 8 jul. 2017.

BOAINAIN JR., E. **Tornar-se transpessoal**: transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers. São Paulo: Summus editorial, 1998.

BOCCALANDRO, M. P. R. Reflexões sobre a origem dos Sete Tipos Psicológicos da Psicossíntese. **Psicologia revista**, v. 16, n. 1/2, p. 131-146, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=658602&indexSearch=ID>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRUM, E. H. M. et al. Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n. 29, v. 2, p. 259-269, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a12v29n2>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CAMPEZATTO, P. M.; VIEIRA, L. C.; NUNES, L. M. T. Psicoterapia e resultado: um panorama mundial da produção científica 201-2011. **Contextos Clínicos**, n. 6, v. 2, p. 74-83, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.62.01/3625>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

CARVALHO, H. M.; MATOS, P. M. Ser e tornar-se psicoterapeuta – parte I: diálogo entre experiências pessoais e profissionais. **Psicologia: Ciência e profissão**, n. 31, v. 1, p. 80-95, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2820/28201809008/>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

CASTRO, P. F. Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica. **Psicologia: Teoria e Prática**, 1999, v. 1, n. 1, p. 3-13. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1130/832>>. Acesso em: 8 set. 2017.

CHIBENI, S. S. **O que é ciência**. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, 2004. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~chibeni/textosdidaticos/ciencia.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP N.º 10/00, de 20 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

_____. **Ano da psicoterapia**: textos geradores. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/05/Ano-da-Psicoterapia-Textos-geradores.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

_____. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Categoria quer mudanças no atendimento psicológico. **Jornal CRP**, [s.d.]. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/100/frames/fr_ii_congresso.asp>. Acesso em: 11 jul. 2017.

DEBIAGGI, S. D. Psicanálise, globalização e interculturalidade. **Revista Boletim Formação em Psicanálise**, v. 16, p. 97-108, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Sylvia_Dantas/publication/277395111_Psicanalise_globalizacao_e_interculturalidade/links/5569dbc808aefcb861d5f1bc/Psicanalise-globalizacao-e-interculturalidade.pdf#page=97>. Acesso em: 22 jul. 2017.

FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1968. 2 v.

_____. (1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1968. 12 v.

GAUER, G. et al. Terapias alternativas: uma questão contemporânea em psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 17, n. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v17n2/04.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

GORRESIO, Z. M. P. **Os pressupostos míticos de C. G. Jung na leitura do destino**: moira. São Paulo: Annablume, 2005.

HONDA, G. C.; YOSHIDA, E. M. P. Mudança em psicoterapia: indicadores genéricos e eficácia adaptativa. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, out./dez., p. 589-597, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/261/26130639006/>>. Acesso em: 9 set. 2017.

JUNG, C. G. **Obras completas de Carl Gustav Jung**: psicologia do inconsciente. Petrópolis: Vozes, 1984.

_____. **Obras Completas de Carl Gustav Jung**: psicologia e religião oriental. Petrópolis: Vozes, 1972. 5 v.

LOPES, S. D. C. **A utilização de terapias alternativas e complementares**: um estudo exploratório. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4643/1/8130.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 27, v. 4, p. 608-621, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n4/v27n4a04.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

MORO, M. Psicoterapia transcultural da migração. **Psicologia USP**, v. 26, n. 2, p. 186-192, 2015. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:BLeHNsk_hQIJ:scholar.google.com/+imigra%C3%A7%C3%A3o+psican%C3%A1lise+2015&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso: 22 out 2015.

NERY, M. P.; FORTUNATO, L. F. A pesquisa em psicologia clínica: do indivíduo ou grupo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n. 25, v. 2, p. 241-250, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7336/1/ARTIGO_PesquisaPsicologiaClinica.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2017.

PEUKER, A. C. et al. Avaliação de processo e resultados de psicoterapias: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, v. 3, n. 14, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2871/287122125004/>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia: teorias e técnicas psicoterápicas**. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

RODEGHERI, V. L. **A psicoterapia em 23 periódicos nacionais: uma contribuição à história da psicologia no Brasil**. 2011. 387 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de estudos pós-graduandos em Psicologia Social, Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <<https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/16953/1/Vera%20Lucia%20Rodegheri.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

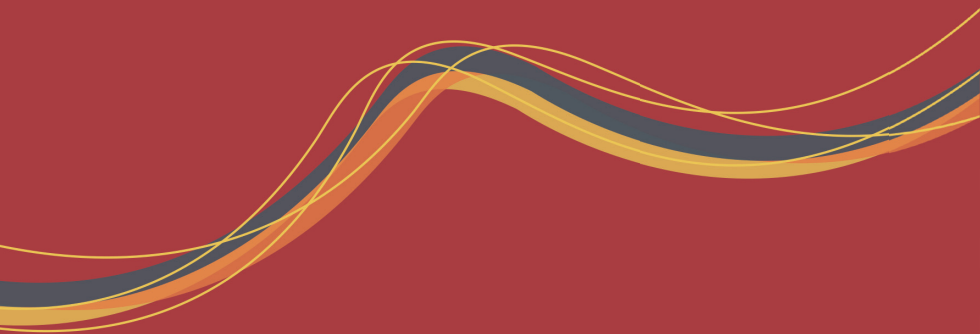
ROSA, M. D. Migrantes, imigrantes e refugiados: a clínica do traumático. **Revista de Cultura e Extensão USP**, v. 7, p. 67-76, 2012. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rce/article/view/46597/50354>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

ROUDINESCO, E. **História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 2 v.

SCHNEIDER, D. R. Uma breve história da clínica e da psicologia clínica. In: _____. **Novas perspectivas para a psicologia clínica: um estudo da obra *Saint Genet: comédien et martyr*, de Jean-Paul Sartre**. Tese (Doutorado) – PUC SP, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.psiclin.ufsc.br/files/2010/05/Tese.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

TAVARES, F. R. G. Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 321-342, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n2/a06v13n2>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1999.



ISBN 978-85-522-0285-1



9 788552 202851 >