



CETAPES - Centro Teológico e Psicanalítico do ES

CLÍNICA PSICANALÍTICA

Irisomar Fernandes



Rua Mahatma Gandhi, 268, Santa Inês, Vila Velha, ES

3340-6094 / 98118-0627 / 99707-0627

Site: cetapes.org – E-mail: cetapes@hotmail.com





CLÍNICA PSICANALÍTICA

FERNANDES, Irisomar.

Irisomar1@yahoo.com.br

Novembro de 2014

CETAPES – Centro Teológico e Psicanalítico do Espírito Santo

Rua Mahatma Gandhi, 268, Santa Inês, Vila Velha, ES.

Contatos: (27) 3340-6094 – Site: cetapes.org

Curso de Psicanálise Clínica - 2014

Capa, Revisão e diagramação: Roney Ricardo
roneycozzer@hotmail.com





CLÍNICA PSICANALÍTICA

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo... É o tempo da travessia, e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa







Clínica Psicanalítica

Irisomar Fernandes





Apresentação

O presente módulo tem como objetivo apresentar os procedimentos elementares para o exercício da clínica psicanalítica. A clínica é o espaço destinado ao atendimento terapêutico, onde se cria e se fortalece a aliança terapêutica entre analista e paciente.

O fazer psicanalítico é uma prerrogativa do profissional formado para o exercício de tal função. É no escopo do estudo e da aprendizagem que os mesmos são forjados e capacitados para que assim possam clinicar.

Logicamente, a experiência vem com o tempo, quanto mais tempo de trabalho e de pesquisa, maior e melhor será o desempenho do psicanalista. Sem estudo e sem pesquisa, todo profissional está fadado ao fracasso. O diferencial está na insistência se buscar aprender e na ousadia de tentar transformar informação em novas produções. São exatamente as produções contextualizadas que ajudarão nossos pacientes em suas demandas dentro da “modernidade líquida”. Pensar em clínica é também pensar no exercício clínico, no processo terapêutico propriamente dito.

Vejamos algumas possibilidades no tocante a Clínica:

- A clínica é o espaço destinado ao atendimento terapêutico psicanalítico;
- É também (para alguns), o processo terapêutico em si;



- Clinicar é atuar nos fazeres clínicos de uma terapia; é debruçar-se no processo analítico e,
- Daí vem a terminologia: Psicanalista Clínico.



O CONSULTÓRIO

O consultório do analista preferencialmente deve ser discreto, sem muitas cores ou quadros. Os adereços podem distrair o paciente ou tirar-lhe a atenção.

É prudente tomar alguns cuidados básicos com limpeza, higiene, cheiros, barulhos e ruídos, cuidados com objetos cortantes, como tesouras, facas, porta-papéis e outras. Não deixe remédios expostos.

Outro fator importante é o cuidado com o acesso ao consultório, quanto mais limpo, ventilado e claro for, melhor. Evite corredores apertados e escadas longas. Da mesma forma, evite ambientes escuros e isolados. Sua segurança deve ser pensada, por isso mesmo, faça o monitoramento de seu consultório, pelo menos da entrada e saída e se possível tenha sempre por perto uma secretária para auxiliá-lo.





Repassando informações:

- É prudente que o consultório seja discreto, sem muitas cores ou quadros;
- Evite deixar tesouras, objetos pontiagudos, remédios, vidros... Isso poderia tornar-se uma arma fatal;
- É prudente colocar monitoramento nas dependências da clínica, *hall*, sala de espera...
- Tenha sempre alguém por perto (secretária...);
- Uma mesa com cadeiras;
- Lenços de papel (descartáveis);
- O divã;
- Uma cadeira na parte anterior ao divã;
- Tudo muito limpo e discreto;
- O analista deve estar vestido discretamente, sem exageros, as mulheres sem decotes ou transparências (um jaleco cai bem).

CUIDADOS PERTINENTES:

Cuidado com exageros.



Se vista adequadamente. É prudente evitar vestimentas chamativas; o analista deve manter a postura e compostura, sem exageros. É prudente que não sejam usadas em consultório roupas decotadas, transparentes, curtas, sujas.

Podemos pensar que muitos de nossos pacientes já trazem em suas demandas os problemas com a nudez, com o corpo, com a sexualidade, logo, evitar exposição desnecessária torna-se não somente necessário mas, também, prudente. Um jaleco pode ajudar a preservar a imagem do (a) analista



O FAZER CLÍNICO

- O fazer clínico, ou o exercício da clínica psicanalítica se dá em um espaço devidamente adequado para tal, o consultório;



- É no consultório (consultório) que se desenvolve todo processo, e ali deve permanecer;
- A análise inicia-se na entrevista inicial e se estende durante o tempo necessário, podendo em casos específicos ser desfeito o contrato analítico;
- Ao buscar o Psicanalista, via de regra, o paciente o faz por estar sofrendo;
- Os sofrimentos aparentes podem esconder os reais motivos (geralmente escondem) da busca;
- O paciente adentra, senta-se e óbvio, com empatia é recebido pelo analista;
- Após a saudação simples, cabe bem a velha e boa pergunta: “como posso ajudá-lo (a)?”

PRIMEIROS PASSOS



- Saudação;
- Entrevista inicial;
- Anamnese;
- Não abrace (limite-se ao simpático aperto de mão);
- Não beije;



- Não toque (evite contatos físicos; os toques podem despertar muitas reações);
- Não aperte;
- Não faça elogios (eles podem gerar sentimentos indesejados).

Dr. Augusto Cury (2012), nos dá uma boa contribuição no tocante à condução do processo analítico. Ele sugere atenção, escuta ativa e percepção multiangular. Pontuamos aqui cinco dicas de Cury que julgamos uteis ao nosso trabalho:

- 1º: Perder o medo de se perder (aventure-se nas pesquisas);
- 2º: Esvaziar-se de preconceitos e tendencialismos (evite analisar o paciente à luz de seus preceitos e preferências pessoais);
- 3º: Amar mais as perguntas que as respostas (os tolos e limitados amam mais as respostas);
- 4º: Ser detalhista no que está sendo analisado (nada pode escapar ao olhar crítico do analista, gestos, falas, reações...);
- 5º: Tabular os dados colhidos e analisá-los multiangularmente (por todos os lados possíveis).



A ANÁLISE

Este é o escopo de nossas atividades, chegarmos à análise. E quem nos busca, o faz porque está sofrendo. Os sofrimentos gerados pelos mais diversos tipos de ocorrências, sejam elas, conscientes ou inconscientes. No caso das dores conscientes, os pacientes poderão (ao adquirir confiança no analista), manifestá-las de forma cada vez mais espontânea e assim, irem rompendo as barreiras do medo, do receio e do preconceito. No entanto, existem os sofrimentos originárias no inconsciente. Essas, somente poderão ser manifestas após o paciente “encontrar-se com as mesmas”, isto é, quando se depararem com os verdadeiros motivos geradores dos traumas manifestos em seus sofrimentos e agonias.

O fenômeno do reencontro com as causas inconscientes assemelha-se com o fazer um caminho inverso. É como se refizéssemos nossa trajetória vivida ao longo da vida, revisitando fatos e lembranças, pessoas e situações. A partir desse reencontro o paciente poderá se dar conta que as coisas do passado devem ser lembradas como coisas do passado, não permitindo que elas o mantenham cativo de lembranças e medos somatizadores



de muitas mazelas e sofrimentos atuais, chegando ao ponto de promover certos desvios comportamentais e não aceitos diante da sociedade. A cura não está longe, não está no outro, não está nas novas compras e aquisições. Ela está dentro de cada um de nós e somente pelas vias do reencontro libertador será possível romper esse ciclo vicioso e opressor, que alicerça tantas neuroses e incontáveis outras patologias. Portanto, a análise somente se dará quando houver um real interesse do paciente apresentando suas demandas.

O trabalho do analista

Fomentar: no sujeito, o trabalho de investigação, de escuta da própria fala, de intriga quanto a si mesmo.

Atuar: como veículo para que o sujeito explore suas possibilidades de existir e aprenda algo do desejo que se move. A clínica psicanalítica não é senão a clínica dos desejos e seus impasses.



A COMUNICAÇÃO

Este é um dos fatores mais fundamentais e indispensáveis na análise. É por meio da comunicação, da relação dialógica entre analista e analisando que se dará a eficiência ou falência do processo analítico instalado. Mas, comunicação é também interpretação. Vale aqui lembrar as questões semióticas para o sucesso analítico.

Os elementos da comunicação verbal. O que eu falo é o que de fato é entendido pelo paciente, ou, o que o paciente fala, é de fato compreendido por mim? Diante desses impasses lembremo-nos de alguns aspectos da comunicação:

- Enunciação (a mensagem pensada), enunciado (a mensagem dita);
- Enunciador (quem fala), enunciatário (quem recebe a palavra dita);
- enunciado (mensagem dita, proferida);
- Mensagem recebida;
- Signo (arquétipos. Ex: uma mulher), significantes (crivo), significado (arquetípicos – Ex: a mãe).



- Há palavras que provocam reações inesperadas, essas podem ser recebidas de forma diferente da pretendida pelo analista. Neste momento, estaremos diante de significantes diferentes para ambos.
- Cabe ao analista a observação e escuta ativa, a fim de não deixar-se perder no encaminhamento da sessão e do processo como um todo.
- Uma palavra pode provocar o choro, o sorriso, a raiva, o desligamento temporário das seções de análise, a transferência positiva ou negativa...

O filósofo Arcângelo Buzzi, faz uma colocação muito interessante a respeito da pedra no caminho (de Druomnt). Ao tratar a questão diz que a pedra pode representar um alicerce para o construtor, um tropeço para os desavisados, uma pedra que municia o estilingue de uma criança em suas brincadeiras, mas, em todos os sentidos é somente uma pedra, nada mais que uma pedra. Ver, perceber, observar e significar são partes de um processo comunicativo.



O Par Analítico

A figura do Par Analítico surge em decorrência da analisabilidade. Se os requisitos para a situação analítica são satisfatórios, de modo a formar uma dupla de trabalho, uma aliança terapêutica. Par Analítico é, portanto, o melhor analista para determinado paciente e o paciente adequado para determinado analista (Aloíso Bacelar).

Aliança terapêutica



É uma espécie de transferência racional. Aliança terapêutica não precisa de interpretação.

Psicanálise e silêncio.

O silêncio do paciente. O silêncio pode ser adotado como:

- defesa contra as interpretações do analista.
- defesa contra a perda de controle sobre atos e palavras.



- defesa contra repressão.

O Paciente

Na atualidade, as pessoas que procuram tratamento analítico fazem-no pelas seguintes razões:

- Transtorno do sentimento de identidade.
- Sentimento de baixa autoestima.
- Quadros depressivos.
- Transtornos alimentares (tipo bulimia e anorexia nervosas).

O que hoje constatamos é que a queixa inicial dos pacientes postulantes à análise recai frequentemente em uma angústia existencial. “Patologia do vazio” (Aloísio Bacelar).

O silêncio do analista

Do contra-silêncio.

- O silêncio do analista cria condições para que o paciente fale.



- O silêncio operacional serve ao propósito de frustrar os desejos impulsivos.
- O silêncio é uma forma de intervenção.
- A fala e o silêncio são formas de comunicação.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo.... É o tempo da travessia, e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos” – *Fernando Pessoa.*

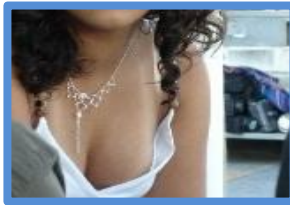


UM CUIDADO ESPECIAL:

- Não force para ouvir o que você ou gostaria que o (a) paciente dissesse;
- Deixe que ele apresente as própria queixas e histórias;
- Evite transparências e decotes;



- Posicione-se de forma a não constranger o paciente (a).



A DEMANDA NA ANÁLISE:

A demanda é a busca, ou em nosso caso, o fator motivador pela análise. É mais ou menos comum recebermos as queixas dos pais, do cônjuge... Mas, a queixa de outros geralmente não correspondem aos verdadeiros motivos da análise. O paciente deve externar seus motivos. É bom lembrar que motivo e motivação são correlatas. Se interligam... Por isto, é prudente que o analista não rotule o paciente pelas queixas de terceiros. Fique atento ao comportamento apresentado pelo paciente, pois são nos comportamentos que o inconsciente se mostra. Mas, deixe o paciente apresentar suas queixas e demandas sem força-lo ou tentar induzi-lo.

Com o passar do tempo, a cada sessão há o processo natural de fortalecimento da aliança terapêutica, do laço de



confiança do par analítico. Quanto mais confiança o paciente sentir no analista, mais falará e se dará a conhecer.

Muitas vezes o silêncio é posto durante a análise, e nesses momentos podemos ter em mente que ele pode estar carregado de sentido, dependendo da hora em que se apresenta. Não é prudente tentar forçar uma fala, ou provocar agressivamente uma reação. Logicamente, há momentos em que o analista deve propor uma demanda, estimulando o desenrolar do “fio de Ariadne”. Mas, tudo deve ser feito mantendo o princípio da ética e das técnicas.

A demanda é necessária, pois é a partir dela que o analista se posicionará e sem ela o psicanalista encontrará muita dificuldade para exercer seu ofício e progredir no processo analítico. No entanto, quais demandas se apresentam ao analista, hoje? Os sofrimentos geram as demandas, a dor, luto, desespero, frustrações diversas, desemprego, ausências, depressão, transtornos mentais, desejo, de ser, de ter, de consumir. Tudo isso pode gerar as neuroses que estão em nosso escopo...

O analista deve considerar o paciente como um ser integral, formado por múltiplas composições tais como:



Culturais, familiares, relações com o corpo, sexo, religiosas, políticas, financeiras, formação acadêmica, poder econômico e de consumo. Tais fatores fazem parte de um mesmo indivíduo, e por eles nossos pacientes norteiam suas práticas de fé e vida.

AS DEMANDAS MAIS COMUNS:

- Devemos considerar a tríade: SEXO, DINHEIRO E RELIGIÃO.
- De alguma forma as demais demandas se imbricarão com uma das três, ou mesmo com as três.
- Explanando as possibilidades.
- Quem se apresenta ao analista?
- Via de regra, é a *persona* (No sentido jungiano) ou seja, o personagem.
- A *persona* traz as suas queixas, e essas podem esconder as verdadeiras causas da demanda. (geralmente escondem)



AS DEMANDAS:

- Sexo, dinheiro, família, pai, mãe, irmãos, tios, religião, mercado, trabalho, desemprego, amores não correspondidos, crises de ansiedade, transtornos do sono, síndrome do pânico, fobias, baixa autoestima, sombras, queixas diversas...



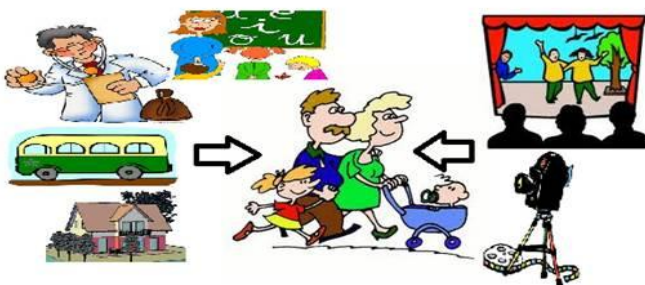
- É mais ou menos comum recebermos as queixas dos pais, do cônjuge... Mas, a queixa de outros geralmente não correspondem aos verdadeiros motivos da análise.
- O paciente deve externar seus motivos. É bom lembrar que motivo e motivação são correlatas. Se interligam...
- Por isto não deve o analista estigmatizar o paciente pelas queixas de terceiros. Não é prudente desprezar



o que se nos apresenta, pois são nos comportamentos que o inconsciente se mostra. Mas, deixe o paciente apresentar suas queixas e demandas.

DEMANDA E A PERSONA

- A *persona* assemelha-se ao superego de Freud e é o papel atribuído ao indivíduo pela sociedade e esta espera que ele o cumpra, sendo, portanto, a personalidade pública ou máscara “adotada” pela pessoa para responder ao que a sociedade dela espera.



- A *persona* tem aspectos tanto positivos quanto negativos. Jung chamou também a *persona* de



"arquétipo da conformidade". Entretanto, a *persona* não é totalmente negativa. Ela serve para proteger o ego e a psiquê das diversas forças e atitudes sociais que as invadem.

- Ela pode desempenhar, com frequência, um papel importante em nosso desenvolvimento positivo. À medida que começamos a agir de determinada maneira, a desempenhar um papel, nosso ego se altera gradualmente nessa direção (adaptação).



A PRÁTICA – A ANÁLISE

“Aquilo que não fazemos aflorar à consciência aparece em nossas vidas como destino” (C. G Jung).

DEMANDA PRODUZIDA

Aprofunde-se na entrevista inicial, use a anamnese, busque, “cave”. Atente-se às reações corporais, elas podem dizer muito, e dizem! Um choro, um soluço, um silêncio...



Pela linguagem do corpo, você fala muitas coisas aos outros. E eles têm muitas a dizer a você. Também nosso corpo é antes de tudo um centro de informações para nós mesmos. É uma linguagem que não mente (Wel & Tmpacom. Vozes).

Diante de uma demanda escusa, ou protegida pela *persona*, há de produzir por parte do analista a busca das verdadeiras causas do paciente.

A demanda poderá ser produzida e isso se fará por meio das técnicas apropriadas. É o processo analítico. Vale a experiência do profissional.

FRUSTRAÇÃO E CONSUMO



- A modernidade líquida é um fenômeno posto que trás em si o sentimento de frustração e insatisfação.
- Nunca conseguimos ter o ultimo lançamento pois ele deixa de ser o último a cada minuto.
- O consumismo e sociedade do espetáculo.
- Ter, ter, ter, comprar, comprar, comprar, ganhar, obter lucro, propina, dinheiro, contas a pagar,



frustração por não poder ter o carro que gostaria, a casa e o salário que gostaria...

- Alguns têm dinheiro de mais e amor de menos.
- Amigos de menos, amor próprio de menos.
- Pagam pelos amigos, pagam pelo sexo, tentam comprar a felicidade, a esposa, os filhos...
- Não raramente pessoas ricas excêntricas se suicidam.
- Via de regra, existe a possibilidade de tentarem controlar ou conduzir a análise. Afinal “ele compra pela análise”.

OSTENTAÇÃO E FRUSTRAÇÃO



- Alguns frustrados, ostentam o ar grandeza, assim demonstram seu egocentrismo com anéis e colares imponentes, carros de luxo, celulares de última geração, maquiagens exuberantes, roupas “provocantes” ou inconvenientes...



- Carros grandes podem esconder frustrações pessoais.



COMPREENDENDO O PACIENTE



- Compreender a história sem máscaras.
- Compreender os motivos do paciente.
- Compreender as frustrações.
- Entender o tempo, o medo, os desejos...
- A condução de uma análise poderá ser feita por meio de indagações relativas à prática do psicanalista, e podem abordar as mais diversas situações das demandas contemporâneas inerentes à vida do paciente.



REFLEXÃO:

“A Psicanálise pretende dar ao paciente um conhecimento especial de si mesmo”.

BUSCA INVESTIGATIVA

- Diante de uma demanda escusa, ou protegida pela *persona*, há de produzir por parte do analista a busca das verdadeiras causas do paciente.
- A demanda poderá ser produzida e isso se fará por meio das técnicas apropriadas. É o processo analítico.
- Vale a experiência do profissional!

REFLEXÃO:

“As bases do psiquismo humano desenvolvido são constituídas pelo patrimônio histórico-social externo aos indivíduos e, como tal, não têm a forma do psíquico, não são, em absoluto, psíquicas. Só há algo da ordem do psíquico nos indivíduos, mas este psíquico só se desenvolve através da apropriação psíquica de um patrimônio social não psíquico. (...) Para se compreender como este se torna algo psíquico nos indivíduos, necessita-se, precisamente, de uma teoria materialista da



personalidade” (Sève, 1983). Ora, a elaboração de tal teoria pressupõe uma teoria materialista da subjetividade.

BUSQUE CAVE:

- Aprofunde-se na entrevista inicial, use a anamnese busque, “cave”.
- Atente-se às reações corporais, elas podem dizer muito, e dizem!
- Um choro, um soluço, um silêncio...
- Tudo pode ser associado livremente.





A HISTÓRIA DO PACIENTE

- Considere em suas análises a história social do paciente.
- O lar.
- A cultura.
- A relação com os pais, com o pai, a mãe, tios, irmãos, irmãs...
- A escolaridade, a religião, a profissão, o salário, as posses, vícios, hábitos... Tudo que o envolve deve ser considerado para análise.
- É no seio da família que o indivíduo inicia a formulação de seus valores: O certo e errado, santo e profano, moral e imoral... podemos afirmar que este grupo social é também um guardião de mitos e ritos que acompanharão em maior ou menor escala a vida de seus membros. materna.



MÃES E FILHOS

- Mães distantes, frias, ambíguas, traiçoeiras, terão filhos homens que não se entregam aos sentimentos, que temem e evitam - apesar de poderem estar desesperados por eles. Mães manipuladoras e **briguentas** terão filhos que se utilizam dos sentimentos para manipular suas companheiras e quaisquer outras relação afetivas (por exemplo, os filhos), sendo ambíguos e na sua forma de amar. Mães moralistas e medrosas estarão banindo de seus filhos o atrevimento e a confiança na vida. Mães boazinhas e condescendentes terão filhos que buscam o mesmo tipo de disponibilidade e conforto em suas mulheres.



- O processo de subjetivação-objetivação não se dá sempre da mesma maneira. Quando as relações entre pessoas assumem a forma fantasmagórica de relações entre as coisas, o objeto a ser apropriado está reificado. A isto “corresponde uma subjetivação alienada. Isso esclarece também que não há uma precedência nem do sujeito nem do objeto, mas da atividade, da práxis, que é a condição e pressuposto da vida e da história humanas” (Silveira,1989:50, grifos no original).
- Cuidado com as interpretações precipitadas, evite dizer ou afirmar coisas das quais você não está totalmente seguro. Isto poderia causar um resultado avassalador.
- Lembre-se, não toque no paciente, não retribua à suas manifestações de interesses transferenciais.

PONTOS IMPORTANTES NA CLÍNICA:





- Escuta ativa
- Empatia
- Comunicação não verbal.
- Inicia, controlar e encerrar uma entrevista clínica psiquiátrica.
- Obter a história do sofrimento do paciente e também sua história de vida.
- [...]
- Acessar o funcionamento familiar e a forma como a qual este pode contribuir para o tratamento do paciente. Selecionar informações cruciais para formular um diagnóstico e ponderar sobre seus diagnósticos diferenciais Investigar os fatores sociais e pessoais que influenciam no comportamento do paciente.



Do psicanalista se exige o dever de: “saber manejar a transferência sem perder-se nela” – Lacan.

O analista, na transferência, ocupa para o analisando o lugar do outro em sua versão imaginária, das figuras parentais infantis.

- A transferência ocorre quando o analisando atribui ao analista os poderes imaginários dos pais da infância.



- Em suas “observações sobre o amor transferencial” Freud se refere ao manejo da transferência como a maior dificuldade que o analista irá enfrentar em seu trabalho.
- Elas existem e são importantes.
- Cuide para que não se torne um problema.
- Busque utilizar a teoria da frustração.

ÉTICA E CLÍNICA

A ética é o “lubrificante das relações sociais”. Essas devem ser geradoras de transformações válidas para todos, de forma respeitosa e inclusiva. Não há relação ética sem atitude respeitosa.

Ética é parte da filosofia. Considera concepções de fundo acerca da vida, do universo, do ser humano e de seu destino. Estatui princípios e valores que orientam pessoas e sociedades. A pessoa é ética quando se orienta por princípios e convicções. Dizemos então que tem caráter e boa índole.

Moral é parte da vida concreta. Trata-se da parte real da vida das pessoas que se expressam por costumes, hábitos e valores estabelecidos. Uma pessoa é moral quando age em conformidade com os valores e costumes



consagrados. Uma pessoa pode ser moral mas não necessariamente ética (obedece valores por conveniência e não por princípios).

“Os limites éticos da psicanálise coincidem com os limites de sua práxis” – **Lacan**

Cada profissão tem um código e um sistema éticos. De todo profissional, espera-se o uso de um julgamento seguro, quando surjam problemas éticos, em seu trabalho. À ética refere-se à práxis. Na práxis, o agente, a ação e a finalidade do agir são inseparáveis.

Ethos, Mores = Ética, Moral

Ethos – ética como estabilidade (estábulo) ou lugar de formar a estabilidade. De forma simplista podemos afirmar que *ethos* é nosso gueto, é o lugar onde adquirimos nossa estabilidade moral e nossos conceitos de vida. Religião, cultura, família... é justamente em nosso “berço” que iniciamos a conceituação das coisas, é a partir do que nos foi ensinado que mensuramos *nossas verdades* e crenças, os conceitos de certo e errado, justo e injusto...

Mores – “moral latina”, é uma forma de mensuração da conduta do indivíduo, do comportamento; pode-se dizer que a *mores* é a moral, ou a crítica à moralidade, *mores* é a



crítica da práxis. Assim, os juízos de valores que fazemos das práticas nossas ou de outros tem a ver com nossas bases de moralidade (nem sempre criada por nós).

Moral é parte da vida concreta. Trata-se da parte real da vida das pessoas que se expressam por costumes, hábitos e valores estabelecidos. Uma pessoa é moral quando age em conformidade com os valores e costumes consagrados. Uma pessoa pode ser moral mas não necessariamente ética (obedece valores por conveniência e não por princípios).

- *Mensuração crítica das práticas sociais e relacionais.*
- *A mensuração crítica passa pelos preceitos sócio-culturais e familiares.*

Tais preceitos estão diretamente ligados a fatores como:

- *Religião*
- *Crenças*
- *Educação familiar*
- *Tipos familiares*
- *História familiar*
- *O processo constitutivo da individuação se imbricará com os fazeres da educação regular*
- *Dentre outros*



Na clínica podemos observar sentidos como:

O estudo da ética é dinâmico e amplo. A ética em sua relação com a psicanálise, sobretudo com a práxis freudiana. A preocupação técnica é uma questão de ética. A ética para a Psicanálise se define ou concerne ao desejo dos seres falantes e do real gozo que determina. A ética está, assim, intimamente associada a descoberta freudiana do inconsciente e do desejo (Aloíso Bacelar, 2010).

“Só o desejo é capaz de por o aparelho em movimento”.
Sigmund Freud.

A psicanálise é calcada no desejo. A ética da psicanálise consiste em “não ceder quanto ao seu desejo”.

- ⦿ Não é o desejo que nos une.
- ⦿ O desejo nos individualiza.
- ⦿ A culpa nos irmana.
- ⦿ A ética da psicanálise propõe ao analista acolher, mas não responder à demanda que lhe é dirigida pelo analisando.
- ⦿ O analista tem de esvaziar o lugar do seu próprio desejo. Faz assim uma renúncia ética.

“Por mais tentado que possa se sentir o analista a se tornar o educador, o modelo e o ideal de seus pacientes, qualquer que seja o desejo que tenha de moldá-los à sua imagem, ele precisa lembrar-se de que esse não é o objetivo que



procura atingir na análise e até de que fracassará em sua tarefa entregando-se a essa tendência”.

Sigmund Freud

A transferência ocorre quando o analisando atribui ao analista os poderes imaginários dos pais da infância. Em suas “observações sobre o amor transferencial”, Freud se refere ao manejo da transferência como a maior dificuldade que o analista irá enfrentar em seu trabalho.

“Do psicanalista se exige o dever de ‘saber manejar a transferência sem perder-se nela’”.

Lacan.

O analista, na transferência, ocupa para o analisando o lugar do outro em sua versão imaginária, das figuras parentais infantis. O analista deve estar atento para não ser surpreendido com falsas possibilidades relacionais.

A postura do analista.

A posição que o analista precisa sustentar para que a análise ocorra, promove o deslocamento das questões das técnicas para as questões da ética. Não há clínica sem ética assim como não há psicanálise sem psicanalista.



“Recusamo-nos categoricamente a considerar o paciente que solicita nossa ajuda e se põe em nossas mãos como um bem nosso. Não procuramos fazer seu destino por ele, inculcar-lhe nossos ideais ou modelá-lo à nossa imagem com o orgulho de um criador”.

Sigmund Freud.

A ética psicanalista surge no cerne da relação entre psicanalista e analisando. A relação analítica é sustentada pela ética.

A pessoa real do analista

“Por mais tentado que possa se sentir o analista a se tornar o educador, o modelo e o ideal de seus pacientes, qualquer que seja o desejo que tenha de moldá-los à sua imagem, ele precisa lembrar-se de que esse não é o objetivo que procura atingir na análise e até de que fracassará em sua tarefa entregando-se a essa tendência” – Freud.

1. O ideal é que ele não tenha sua mente saturada por preconceitos e ânsia de compreensão imediata.
2. Deve ser do tipo “permanentemente interrogativo”.
3. Deve manter uma atitude de respeito pelo paciente.
4. **Empatia** – Alude à capacidade de o analista colocar-se no papel do paciente.



5. **Coragem** – Para lidar com as turbulências emocionais que surgirão ao longo do processo.
6. **Paciência** – Essa condição exige que o
7. **Ser verdadeiro** – Alude à necessidade do analista querer e enfrentar as suas verdades, do paciente e do vínculo entre eles, por mais penosos que sejam.
8. **Capacidade para sobreviver** às diversas modalidades de ataques que muitos pacientes vão lhe impor no curso da análise.

A Ética da escuta

Uma ética que é, acima de tudo, abertura ao outro. Freud anunciou uma característica particular da escuta analítica, cujo marca principal é uma atenção igualmente flutuante. “...consiste simplesmente em não reter nada em especial e em manter a mesma atenção igualmente flutuante diante de tudo que se escuta...” – Freud.



PSICOPATAS



Segundo Dr. A. Cury 2012:

- O psicótico não tem consciência de seus atos, perdeu os parâmetros da realidade, não tem capacidade de avaliar as consequências dos seus comportamentos, portanto, não pode ser responsável por ele mesmo. Os psicóticos são frequentemente inofensivos.
- Já o psicopata tem plena consciência de seus atos e pode colocar a sociedade em risco, tornando-se um sociopata. Seu comportamento pode variar entre grande generosidade e extrema violência. Não sente a dor dos outros.
- Culturalmente o esquizofrênico representa o estereotipo do “louco”, um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade. A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que deve ser diagnosticada e tratada rapidamente. Ela se caracteriza por alterações no



pensamento, no afeto e na vontade. Os principais sintomas são: delírios, alucinações e retraimento social. Delírios são ideias distorcidas, irreais, que o esquizofrênico percebe como reais. Dividem-se em manias persecutórias, ou seja, eles sentem estarem sendo perseguidos. Mania de grandeza e místico-religiosos. De repente a pessoa cisma, por exemplo, que o FBI o está perseguindo.

- A Psicopatia não é loucura; esses sujeitos, ao contrário do que se pensa, têm a real consciência do que estão praticando e sentem prazer em praticar a maldade/perversão sem remorso algum. Até profissionais da área, como os médicos psiquiatras, que já estão habituados a todas as armadilhas de quem tem esse tipo de transtorno, podem cair “nas graças deles”. Eles são os mestres da encenação; são os atores da vida real.
- É uma doença grave e não tem cura. Segundo dados internacionais, os psicopatas são 4% da população, 1% serial killers (os que cometem assassinatos em série). Portanto, mesmo os psicopatas mais



“brandos”, que fazem pequenas maldades, não têm cura.

- Apesar do ainda controverso tema da existência do instinto agressivo em nossa espécie, pelo menos entre as teorias psicanalíticas não há dúvidas sobre a natureza da compulsão à repetição e características sádicas de suas manifestações descritas por Freud no célebre ensaio: *Além do princípio do prazer*, 1921.

Uma dica importante que talvez ajude-nos no trabalho analítico, é estarmos atentos às possibilidades de um outro olhar. Vejamos:

Sintoma psicótico – delírio, alucinação? Sintoma neurótico – conversão histérica, ritual obsessivo, comportamento fóbico? Não necessariamente, pois episódio delirante pode ser encontrado fora de toda uma estrutura psicótica e, nem sempre uma fobia é de etiologia neurótica (Eugênia Maria Caldeira, 2014).

Há a possibilidade de um sintoma aparente não ser o que nos parece. Cabe ao analista antes de emitir um diagnóstico, ou mesmo definir uma linha de ação investigativa, juntar pelas vias da associação livre, o maior número possível de informações que cercam o paciente em sua totalidade. Cuidado com qualquer tipo de precipitação. Os estigmas, os conceitos prévios podem



prejudicar consideravelmente o olhar isento sobre as causas reais que motivam o paciente em suas demandas.

Um instrumento que nos ajuda na coleta de dados e informações é a anamnese, que junto aos outros instrumentos investigativos servirão para um diagnóstico mais preciso.

SUGESTÕES DE ANAMINÉSE

Fonte:

<https://docs.google.com/file/d/0B7C31UCsYaOiQUdtakJrVGJtX0k/edit>

Data do atendimento:

Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Grau de instrução: _____

Profissão: _____

Residência (cidade/estado): _____

Telefones para contato: _____



Atendimento:

Frequência:_____Data/hora:_____

Queixa Principal:_____

Secundária:_____

Sintomas:_____

Histórico da Doença Atual:

Início da patologia:_____

Frequência:_____

Intensidade:_____

Tratamentos anteriores:_____

Medicamentos:_____

Histórico Pessoal:

Infância:_____

Rotina_____

Vícios:_____

Hobbies:_____

Trabalho: _____



Histórico Familiar:

Pais: _____

Irmãos: _____

Cônjuge: _____

Filhos: _____

Lar: _____

Historia Patológica Pregressa (enfermidades e tratamentos atuais e anteriores):

Aparência: _____

Comportamento: _____

Atitude para com o entrevistador:

() Cooperativo , () Resistente, () Indiferente

Orientação:

() Auto-identificatória, () Corporal, () Temporal, () Espacial, () Orientado em relação a patologia

Observações: _____



Atenção:

Vigilância: _____

Tenacidade: _____

Memória: _____

Inteligência: _____

Sensopercepção:

() Normal

() Alucinação

Pensamento:

() acelerado

() retardado

() fuga

() bloqueio

() rolixo

() repetição

Conteúdo:

() obsessões

() hipocondrias

() fobias

() delírios



- *expansão do eu*: (grandeza, ciúme, reivindicação, genealógico, místico, de missão salvadora, deificação, erótico, de ciúmes, invenção ou reforma, ideias fantásticas, excessiva saúde, capacidade física, beleza...).
- *retração do eu*: (prejuízo, autorreferência, perseguição, influência, possessão, humildades, experiências apocalípticas).

Linguagem:

- () *disartrias* (má articulação)
- () *afasias, verbígeração* (repetição de palavras)
- () *parafasia* (emprego inapropriado de palavras com sentidos parecidos)
- () *neologismo*
- () *mussitação* (voz murmurada em tom baixo)
- () *logorréia* (fluxo incessante e incoercível de palavras)
- () *para-respostas* (responde a uma indagação com algo que não tem nada a ver com o que foi perguntado)

Humor:

- () normal
- () exaltado
- () baixa de humor
- () quebra súbita da tonalidade do humor durante a entrevista;



Consciência da doença atual:

() sim

() parcialmente

() não

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



REFERÊNCIAS

- ALVARENGA & ANDRADE, PEDRO Gomes, Arthur Guerra. **Fundamentos em Psiquiatria**. Monole, São Paulo 2008
- APPY & SILVA, Maria Luiza e Dora mariana R Ferreira. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo** / CG. Jung, Petrópolis, RJ : Vozes, 2000.
- MARTI, Rosa. **Contribuição ao estudo da depressão**. Ed Nacional, São Bernardo do Campos-SP 1989
- MEDNICOFF, Margareth. **Dossiê de Jung**. Universo dos livros. São Paulo 2008
- ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.
- SALOMÃO, Jayme. Org. **Psicanalise hoje**. Imago rio de Janeiro 1970
- WE & TOMPAKOW, Pierre, Roland. **O corpo fala**. Vozes Rio de Janeiro.



— ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática**, Porto Alegre: Artmed, 1999.



OUTROS TÍTULOS DO CETAPES

