

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JANAINA PATRÍCIA PIRES DE SOUZA SILVA

**PSICOTERAPIA BREVE DE APOIO: RESGATANDO O SENTIDO DA VIDA E
DANDO VOZ A DOR DA ALMA**

NATAL/RN
2017

JANAINA PATRÍCIA PIRES DE SOUZA SILVA

**PSICOTERAPIA BREVE DE APOIO: RESGATANDO O SENTIDO DA VIDA E
DANDO VOZ A DOR DA ALMA**

Relatório de Estágio apresentado como
requisito avaliativo parcial da disciplina de
Estágio Profissionalizante em Psicologia
do Curso de Psicologia da UNI-RN.

Supervisor Acadêmico: Luciana Carla
Barbosa de Oliveira – CRP: 17/0742.

NATAL/RN

2017

RESUMO

Buscou-se realizar um estudo de caso cujo título: PSICOTERAPIA BREVE DE APOIO: RESGATANDO O SENTIDO DA VIDA E DANDO VOZ A DOR DA ALMA, com embasamento na Teoria Psicodinâmica, sendo específica Psicoterapia Breve de Apoio, onde foi possível acompanhar pacientes voluntários, na clínica escola da UNIRN, onde se estima após avaliação e acompanhamento através de psicoterapia de encontros semanais, desenvolver estratégias junto aos pacientes para enfrentamento de suas queixas. Tendo como propósito desenvolver um suporte regular para que o paciente seja capaz de expor seus conflitos e queixas, identificar e estruturar a importância do processo terapêutico e entender as limitações, necessidades e anseios que os permeiam. A Psicoterapia Breve faz gerar no paciente uma ativação de suas habilidades egóicas por meio das quais torne possível elaborar de modo focalizado à problemática inserida numa situação vital específica com base no direcionamento no estímulo e nas realizações simbólicas. Durante a realização do trabalho foi possível identificar as dificuldades e potencialidades, e diante da oportunidade de vivenciar em dois campos, tanto o contexto hospitalar como o clínico, contribuíram de forma ímpar para uma escolha mais assertiva enquanto psicóloga, quanto na escolha da abordagem como no campo de atuação.

Palavras-chave: Psicoterapia Breve. Estudo de Caso. Intervenção.

ABSTRACT

We sought to carry out a case study whose title: PSYCHOTHERAPY OF APIO: REDEEMING THE SENSE OF LIFE AND GIVING A VOICE TO THE PAIN OF THE SOUL, based on the Psychodynamic Theory, and specifying Brief Support Psychotherapy, where it will be possible to accompany volunteer patients in the clinic UNIRN school, where it is estimated after evaluation and follow-up through psychotherapy of weekly meetings, develop strategies with patients to cope with their complaints. With the purpose of developing a regular support so that the patient is able to expose their conflicts and complaints, identify and structure the importance of the therapeutic process and understand the limitations, needs and desires that permeate them. Brief Psychotherapy generates in the patient an activation of his egoic abilities by means of which he makes possible to elaborate in a focused way the problematic inserted in a specific vital situation based on the direction in the stimulus and the symbolic realizations and of the bond lived in a working relation. During the work, it was possible to identify the difficulties and potentialities, and given the opportunity to experience in two fields, both the hospital and the clinical context, contributed unequivocally to a more assertive choice as a psychologist, and in the choice of approach as in field of activity.

Keywords: Brief Psychotherapy. Case study. Intervention.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
2.1	PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	24
2.2	ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	25
2.3	GRAU DE MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO E ATITUDES PARA O INSIGHT.....	29
2.4	DETERMINAÇÃO DO FOCO.....	29
2.5	HIPÓTESE PSICODINÂMICA INICIAL.....	30
2.6	PONTOS DE URGÊNCIA AO COMEÇAR O TRATAMENTO.....	30
2.7	METAS TERAPÊUTICAS.....	31
2.8	DURAÇÃO DO TRATAMENTO.....	31
2.9	PROGNÓSTICO.....	31
2.10	CONTRATO.....	32
3	ATIVIDADES PROPOSTAS OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	34
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

No prefácio de seu livro, “O Nascimento da Clínica” (1977), Foucault apresenta duas descrições diferentes diante de um mesmo fenômeno, sendo a primeira vigente no século XVIII onde teríamos uma linguagem carregada de aspectos fantástico e a linguagem do séc. XIX que guiaria nosso olhar para um mundo visível. Seria agora a linguagem da clínica que iria determinar toda a estrutura de conhecimentos. O conhecimento humano não remete então ao mundo tal como é, mas é, sobretudo, um conhecimento simbólico (CASSIER, 1972).

No século XIX, não se trata de um encontro entre um conhecimento adquirido e uma ignorância a se formar, o olhar instrui de maneira idêntica o médico experiente, assim como o aprendiz (FOUCAULT, 1977).

A clínica psicológica é “herdeira” do modelo médico, no qual, cabia ao profissional observar e compreender para, posteriormente, intervir, isto é, remediar, tratar, curar. Tratava-se, portanto, de uma prática higienista. Dessa maneira, a clínica psicológica esteve, por um bom tempo, distante das questões sociais (MOREIRA et al., 2007).

Compreende-se que a saúde mental do ser humano afeta/envolve diversos aspectos de sua vida, ampliando o olhar para a complexidade inerente ao sujeito e que os cuidados psicológicos e neurológicos não conseguiram responder as demandas, mas o cuidado irá além, sendo importante o vínculo entre o sujeito e o profissional, para que consiga promover uma escuta diferenciada, empática e propiciar a esse sujeito o desenvolvimento da confiança para que seus conflitos e queixas possam ser explanados de forma segura. Portanto, houveram muitos sofrimentos entre eles e também exclusões frente ao tratamento de saúde mental, no qual os cuidados e acessos eram mais de cunho higienista, porém mesmo diante dos sofrimentos causados aos indivíduos através de práticas desumanizadas, foi o ponto de partida para avanços até os dias atuais.

Mesmo diante dos avanços com o surgimento dos locais que atendem a população frente a saúde mental, mesmo assim ainda há uma parcela desprovida dos conhecimentos e preconceitos quanto aos cuidados da saúde mental, e nesse aspecto o campo acadêmico propicia aos discentes e a comunidade essa interação, aonde o conhecimento teórico irá se fundir com a prática, oportunizando o empoderamento do

sujeito e na proposta de prevenção e promoção de uma construção de uma sociedade saudável.

Dessa forma, o presente relatório aponta um estudo de caso cujo título: PSICOTERAPIA BREVE DE APOIO: RESGATANDO O SENTIDO DA VIDA E DANDO VOZ A DOR DA ALMA, com embasamento na Teoria Psicodinâmica, sendo específica Psicoterapia Breve de Apoio, onde foi possível acompanhar pacientes voluntários, na clínica escola do UNIRN, onde se estima após avaliação e acompanhamento através de psicoterapia de encontros semanais, desenvolver estratégias junto aos pacientes para enfrentamento de suas queixas.

Tendo como propósito desenvolver um suporte regular para que o paciente seja capaz de expor seus conflitos e queixas, identificar e estruturar a importância do processo terapêutico e entender as limitações, necessidades e anseios que os permeiam. Procurar-se reestabelecer junto ao paciente suas funções egóicas por meio de ferramentas de enfrentamento e elaborar os conflitos explanados, encorajar e promover o suporte emocional necessário para alcançar os objetivos propostos na trajetória de seu processo terapêutico, com eficiência e eficácia.

O serviço ofertado de psicologia abrange toda a população, visando uma promoção e prevenção da saúde psicossocial, apostando no desenvolvimento das potencialidades do indivíduo e o amadurecimento do mesmo, promovendo o fortalecimento e o resgate do sujeito que se encontra perdido em alguma esfera de sua vida. Esse trabalho é fundamental e importante para a sociedade, campo acadêmico e parceiros nessa empreitada, profissionais da saúde, no tocante as intervenções educacionais que se fazem necessária para a desconstrução de pensamentos e propósitos enxergados no senso comum e no próprio contexto científico da psicologia e das ações dos profissionais de psicologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A sociedade já não é a mesma dos tempos de Freud. Faz-se necessário destacar as evoluções na sociedade nesses mais de cem anos, bem como o modo segundo o qual a Psicanálise reagiu às mudanças nas relações, nas sociedades e no indivíduo. O ritmo acelerado da contemporaneidade, com suas conquistas e sintomas, cria novas demandas de assistência psicológica e abre caminho para os atendimentos mais focais, de curta duração (DANTAS, 2005).

A Psicoterapia Breve não se diferencia das psicoterapias de longo prazo na qualidade dos resultados se respeitados as características e limites de sua indicação (Lemgruber, 1990). A Psicoterapia Breve (PB) têm suas origens na Psicanálise e surgiu quando alguns psicanalistas e teóricos da época de 1930 começaram a discordar de algumas posições de Freud, no que diz respeito à teoria e técnica. (GILLIÈRON, 1983/1986). Dentre elas, principalmente, no que diz respeito a atitude do terapeuta no processo, tais como: a postura ativa do terapeuta em contraposição à neutralidade e passividade do psicanalista tradicional e a maior flexibilidade contra a cristalização da técnica que imperava sobre a Psicanálise nos anos 40 (SANTEIRO, 2005).

Otto Rank, tem um papel de destaque na história da psicoterapia breve, diante da ênfase oferecida no processo breve de manutenção de uma “atuação de foco”, a qual se desenvolve a psicoterapia, sendo incontestável sua atuação na estruturação e início a proposta de limite de tempo, foco sendo o centro no processo, ressaltando a disponibilidade e importância no processo a boa vontade do paciente, salientando a mobilização do mesmo como elemento crucial para um desenvolvimento satisfatório (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Alexander e French (1946) retomaram as tentativas de abreviar o processo analítico, e seu trabalho é considerado por diversos autores como o verdadeiro marco inicial da psicoterapia breve. Sob orientação de Eizirickn (1984) relata que no Brasil, a referência a trabalhos em que a psicoterapia breve passou a ser ensinada e praticada de forma sistemática remonta ao início da década de 1970, quando foi instalado o Ambulatório do Centro Psiquiátrico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

As Psicoterapias Breves são tratamentos de natureza psicológica cuja duração é intrinsecamente inferior à de uma psicoterapia clássica. Os objetivos limitados por

terem suas metas mais reduzidas e mais modestas que as psicoterapias convencionais é uma das principais características do procedimento da psicoterapia breve e aparece em função das necessidades imediatas do indivíduo. No entanto, podem colocar-se em termos da superação dos sintomas e problemas atuais da realidade do paciente. Nos quais foram estabelecidos a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente e da delimitação de um foco.

Segundo Fiorini (1978, p.32), "a focalização da terapia breve é a sua condição essencial de eficácia". Considerando-se que esses objetivos passíveis de serem atingidos num espaço de tempo limitado (que pode ser ou não preestabelecido), através de determinadas estratégias clínicas. Assim, as PB estão, em termos técnicos, alicerçadas num tripé: foco, estratégias e objetivos.

A Psicoterapia Breve faz gerar no paciente uma ativação de suas habilidades egóicas por meio das quais torne possível elaborar de modo focalizado à problemática inserida numa situação vital específica com base no direcionamento no estímulo e nas realizações simbólicas e do vínculo vivido numa relação de trabalho personificada com o terapeuta. Com a correlativa ativação das funções egóicas deste último.

O foco surge como norteador de toda teoria e condição crucial de eficácia em psicoterapia breve, no conflito focal relaciona-se ao conflito ou situação atual do paciente, subjacente ao conflito nuclear exacerbado. Deve ser resolvido por ação direta e específica, descuidando de outros aspectos da personalidade. Fiorini (2004) deu a essa estratégia de atenção seletiva o nome de omissões deliberadas, no qual se deve deixar passar material atraente sempre que este se mostre irrelevante ou afastado do foco. Lemgruber (1984, p.25) define como foco "o material consciente e inconsciente do paciente, delimitado como área a ser trabalhada no processo terapêutico através de avaliação e planejamento prévios".

Diante da impossibilidade de que um indivíduo obtenha apenas um conflito, frente a multicausalidade de uma psicopatologia psicodinâmica, faz-se necessário encontrar situações conflitivas mais significativas no, que são as que apressam a consulta. Há que se fazer uma diferenciação entre a psicoterapia focal e a psicoterapia breve: na primeira, procura-se resolver a queixa do paciente ou um conflito predominante; na segunda, trata-se de ajudar a encarar os diversos conflitos predominantes que determinam variados quadros na psicopatologia psicodinâmica (KNOBEL, 1986).

Frente a alguns fatores técnicos desta psicoterapia, a comunicação acontece face a face, passando a atingir muitas vezes a forma de diálogo (diálogo esse que permite que o questionamento do terapeuta tenha emergente a função de levar o paciente a verbalizar as suas emoções) e posteriormente, a confrontação de suas expectativas com a experiência, tentando ajudar o paciente a redimensioná-las a padrões mais realistas. Tão importante quanto saber se o mesmo possui recursos adaptativos, é verificar o grau de consciência que tem do problema e o empenho que o paciente demonstra para enfrentá-lo (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Segundo Simon (1983), o nível de consciência encontra-se relacionado aos recursos adaptativos, que correspondem à capacidade de enfrentamento das situações da vida.

As pessoas que obtêm melhor resposta com a Psicoterapia Breve, são as que apresentam motivação elevada para a terapia, e para compreender a si próprios e para mudar. Outros fatores que beneficiam o sucesso dessa técnica: a presença de um problema específico; a capacidade de expressar sentimentos e interagir flexivelmente com o terapeuta; disposição em participar ativamente da avaliação do seu problema; capacidade de reconhecer que seus sintomas são de origem psicológica; curiosidade a respeito de si próprio; abertura a novas ideias expectativas realistas em relação aos resultados do tratamento e disposição de fazer um sacrifício razoável, seja de tempo, dinheiro ou disponibilidade interna para lidar com questões muitas vezes desagradáveis.

Em termos de enfermidades podemos dizer que essa técnica tem indicação específica para o tratamento de Transtorno Depressivo Leve. Distímia, Fobia Social (medo de encontrar pessoas novas, comer ou falar em público, etc), Transtorno de Ansiedade Generalizada, Síndrome do Pânico, Distúrbios de Ajustamento (separação, mudanças importantes de trabalho, cidade), Reação a Estresse Grave e alguns Transtornos de Personalidade (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Também tem indicação relativa (prognóstico menos favorável, mas com possibilidade de grande melhoria) para os seguintes casos: Transtorno Depressivo Moderado, Fobias específicas, TOC, Transtornos Alimentares (bulimia, anorexia, comer compulsivo) e outros Transtornos de Personalidade. Sendo contra indicada para o tratamento de Síndromes Orgânicas, Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Transtorno de Personalidade Anti-Social, Retardo Mental e Autismo.

Segundo Oliveira (2007, p.01) relata que “a psicoterapia breve tem sido reconhecida como um importante instrumento de trabalho, do qual o profissional pode lançar mão sempre que necessitar realizar uma intervenção psicoterapêutica com objetivos circunscritos e duração limitada”.

De acordo com Campos; Barreto (2011, p.01) descrevem que à psicoterapia de apoio, “é um modelo eclético de psicoterapia, provavelmente o mais praticado tanto em instituições como em consultórios privados”.

Cordioli et al., (2008) descrevem que a psicoterapia de apoio é um fator inerente a uma boa relação terapêutica. O simples fato de o paciente sentir-se aceito por um terapeuta em que ele deposita confiança e expectativas de que possa auxiliá-lo, muitas vezes, por si só, é suficiente para alterar o seu estado de ânimo e para mudar suas expectativas em relação ao futuro.

A psicoterapia de apoio pode ser classificada de acordo com o seu período de duração, a saber: psicoterapia de apoio de longa duração (destinada a pacientes com importantes incapacitações de ego) e psicoterapia de apoio de curta duração (destinada a controlar crises agudas que acontecem isoladamente em indivíduos previamente sadios) (CORDIOLI et al., 2008).

Gabbard (2006) diz que a extensão da psicoterapia expressiva de apoio essencialmente não depende do *continuum* expressivo de apoio. As terapias que são altamente de apoio ou altamente expressivas podem ser tanto breves quanto longas (...) existem situações nas quais uma única sessão (ou consulta) de terapia de apoio ou expressiva é terapêutica.

O mesmo autor ainda complementa que também que em psicoterapia breve de apoio, as intervenções feitas pelo terapeuta podem ser divididas em oito categorias: 1) interpretação, 2) observação, 3) confrontação, 4) clarificação, 5) encorajamento para a elaboração, 6) validação empática, 7) intervenções psicoeducacionais e 8) aconselhamento e elogio.

1. Interpretação: o terapeuta tornar ciente a junção de um comportamento a um pensamento, antes inconsciente.
2. Observação: momento que o terapeuta traz uma observação frente ao comportamento do paciente, tanto na expressão facial, corporal, como a esquiva de um assunto oportuno, sem interpretá-lo.
3. Confrontação: neste momento o terapeuta alcança algo que o paciente não identifica ou não aceita;
4. Clarificação: terapeuta explana o resumo da fala do paciente, possibilitando ao mesmo esclarecimento e a verbalização de algo dificultoso;
5. Encorajamento para elaboração: terapeuta requisita informações diante de uma solicitação de elucidação: “fale mais sobre tal argumento”.
6. Validação empática: terapeuta sinaliza ao paciente que o mesmo está harmônico e empático com suas questões internas: “Eu posso compreender a razão de sua dor e angústia”, faz com que o paciente acolha espontaneamente as interpretações do terapeuta.
7. Intervenções psicoeducacionais: o terapeuta com seu conhecimento teórico/técnico partilha com o paciente suas informações. Um terapeuta pode, por exemplo, explicar os sintomas de uma depressão;
8. Aconselhamento e elogio: abarca propostas de como se pôr, ou ratifica a tomada de decisões congruentes, salutaras e favoráveis do paciente;

A psicoterapia de apoio é um modelo psicoterápico cuja utilização se tornou satisfatória no caso clínico apresentado, uma vez que possibilitou a escuta das verbalizações do paciente, fornecendo-lhe apoio, esclarecimento e auxílio na resolução de problemas, bem como buscando elevar sua autoestima e fortalecer seu relacionamento interpessoal tanto no contexto familiar quanto no profissional, trabalhando com ele acerca de atitudes positivas a serem implementadas em suas vivências, a fim de possibilitar-lhe maior bem-estar biopsicossocial (CAMPOS; BARRETO, 2011).

Grande parte dos processos psicoterápicos em determinado momento experimentam todas as intervenções acima citadas, fornecendo explicações conscientes do comportamento e dos sentimentos do mesmo, almejando o suporte regular para que o paciente possa compreender seus limites, vislumbrar e produzir na díade paciente e terapeuta, a construção do fortalecimento egóico, fomentando as

habilidades e recursos de enfrentamento despercebidos pelo paciente, que através do *setting* terapêutico vai tendo suas angústias reconhecidas, seus conflitos e queixas validadas, produzindo alívio frente ao labirinto de suas demandas conflituosas apresentadas. Propiciando através da psicoterapia de apoio, o auxílio necessário e convidando o paciente a sua implicação, responsabilidade e o empoderamento das rédeas de sua vida.

O presente estudo tem como intuito garantir o encaminhamento coerente frente ao processo terapêutico do paciente e vem evidenciar a proposição da psicoterapia e os critérios psicodiagnósticos presentes, embasados no uso da Teoria Psicodinâmica com a técnica de psicoterapia.

No qual surge no *setting* elementos experienciais desse novo contexto relacional para o paciente, onde irá permitir que o discente de psicologia se posicione dentro de sua teoria proposta e unificação com a prática, tendo um posicionamento como provisor de uma experiência emocional revisitatória e corretiva daquela situação que o levou a buscar um auxílio terapêutico e junto ao paciente explicar o foco para direcionar o que é mais importante naquele momento de seu processo terapêutico.

Levando em consideração o período de tempo que poderá ser moderadamente breve, avaliando suas habilidades adaptativas, bem como as mudanças pertencentes ao paciente no momento presente e a verificação da aliança terapêutica constituída.

PSICODINÂMICA

As origens da psicoterapia dinâmica breve remontam aos esforços de Freud, na busca de uma cura para as neuroses e se enraízam na teoria psicanalítica. A teoria psicodinâmica moderna tem sido com frequência considerada como um modelo que explica o fenômeno mental como resultante do desenvolvimento do conflito. Esse conflito tem origem em poderosas forças inconscientes que buscam se expressar e exigem monitoração constante por parte de forças opostas que impeçam sua emergência (OLIVEIRA, 1999). Atualmente temos evidências mais persuasivas, mais do que em qualquer outra época, de que muito da vida mental é inconsciente, de que forças sociais do ambiente moldam a expressão dos genes e de que a mente reflete a atividade do cérebro.

Portanto, no próximo tópico aborda-se a questão da adolescência, onde é enfatizado um breve histórico fundamentando de acordo com a visão dos autores que

abordam a temática. Dessa forma, onde o objetivo do trabalho foi um estudo de caso com um adolescente.

ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase de transição da infância para a vida adulta onde uma série de modificações biológicas, psicológicas e sociais acontecem. As modificações físicas e hormonais determinam um estado de confusão pela perda do corpo infantil que era conhecido e familiar, pela angústia do desconhecido podendo apresentar sentimentos de despersonalização (ZIMERMAN, 2004).

Para Blos (1995) a adolescência consiste em um processo de luta para conquistar ou conservar um equilíbrio psíquico alterado pela crise da puberdade. O adolescente se afasta definitivamente dos objetos de amor infantil, e os desejos e conflitos edípicos voltam a surgir. Esse rompimento abala sua vida emocional, e abre horizontes desconhecidos, cria esperanças e medos.

‘Adolescer’ é um verbo que vem do latim e significa ‘engrossar’, ‘atingir a maioridade’. A adolescência pode ser entendida como o período que se situa entre a maturidade biológica, que é constatada nas modificações anatômicas e fisiológicas, responsáveis pela adaptação frente à imagem corporal e a maturação sexual, e o despertar da inserção sócio-profissional; período de elaboração de novos valores, onde as metas ou objetivos representam essencialmente uma conquista e uma reivindicação de independência nos planos psicoafetivos, sexuais e econômicos (MORETTI; ROVANI, 1996).

A idade cronológica do indivíduo, correspondente à adolescência, possui uma variação de acordo com o nível de bem-estar material de cada sociedade. Alguns autores convencionaram os limites de 12 a 21 anos para garotas e de 13 a 22 anos para garotos (RODRIGUES JÚNIOR, 1991), já o Comitê de Adolescência da Academia Norte Americana de Pediatria considera como limite superior dessa fase a idade de 25 anos, enquanto que a Organização Mundial de Saúde recomenda até 20 anos (VITIELLO; CONCEIÇÃO, 1990), mas todos concordam que este período surge com a puberdade e encerra-se com a maioridade.

Independentemente das variantes sobre o período cronológico, este trabalho aborda o período entre 12 e 18 anos, no qual ocorrem as principais transformações biológicas e psicossociais, vinculados à sexualidade do indivíduo.

De fato, os aspectos biológicos estão de tal maneira imbricados com aqueles de fundo psicossocial, que a interdependência e a interação entre eles é completa.

Por esse motivo, é impossível compreender os aspectos ligados ao exercício da sexualidade e sobre eles influir, sem uma compreensão global da adolescência. (VITIELLO; CONCEIÇÃO, 1990).

Com o desenvolvimento maturacional o adolescente passa por transformações psicológicas e sociais, onde as transformações físicas são observadas e ocorre um processo de aceitação das novas formas. A forma como esta aceitação se processa é que determina o comportamento do adolescente em relação ao seu corpo. Havendo uma visão negativa em relação a sua imagem corporal, o adolescente tende a passar por processos de ansiedade.

De acordo com Vitiello e Conceição (1993), “esta ansiedade gerada pela puberdade é decorrente, entre outros aspectos, do medo de não conseguir o padrão socialmente aceito do seu físico e então se tornar um ser ‘desprezível’”.

Este padrão de beleza corporal determinado geralmente pela cultura e pela mídia em geral, são aceitos consensualmente pelos jovens, fazendo com que procurem alcançar este estereótipo de todas as formas. A impossibilidade de atingir este padrão cria nos jovens expectativas e ansiedade, passando a afetar sua avaliação sobre si em relação a seu corpo e seu meio social.

Conforme diz Lindensmith (1977) [...] cada pessoa tem um retrato mental do seu eu físico, e pode considerar-se alta ou baixa, gorda ou magra, linda ou sem graça, ou algo intermediário. Cada qual passou anos aprendendo a viver com sua imagem corporal. O retrato que tem de si mesma afeta a maneira de pensar sobre si como pessoa, e conseqüentemente como interage com os outros.

Em nossos dias, a influência dos meios de comunicação sobre o comportamento individual é muito grande. A sexualidade de crianças, adolescentes e adultos vem sendo moldada por influência de comportamentos mostrados, muitas vezes sem qualquer cuidado quanto as suas conseqüências, pela televisão, cinema, Internet, etc, levando inclusive a comportamentos de risco e desvios sociais.

O convívio social do adolescente e o fato dele pertencer a um grupo com aspirações e comportamentos semelhantes, é muito importante para o seu desenvolvimento psicosssexual que, geralmente ocorre seguindo os mesmos padrões.

Masters e Johnson afirmam que à medida que os adolescentes lutam para estabelecer um sentimento de identidade pessoal e de independência dos pais e de outras figuras de autoridade, as interações com seu grupo etário tornam-se cada vez mais importantes. Os adolescentes procuram apoio e orientação uns aos outros,

decididos a corrigir os erros das gerações anteriores, mas logo descobrem que seu grupo etário possui seu próprio conjunto de expectativas, controles sociais e regras de conduta. Assim, a necessidade que o adolescente tem de ser livre costuma ser acompanhada pela necessidade de ser igual a seus amigos, mesmo que essas duas necessidades algumas vezes entrem em conflito. (MASTERS; JOHNSON, 1988, p.147-148)

Conforme Nascimento e Romera (1999, p.238), as desavenças entre o adolescente e os genitores refletem diretamente na educação sexual dos jovens. As informações sobre sexo e sexualidade são adquiridas primeiramente junto ao grupo de colegas, depois junto a mãe e em último lugar, junto aos professores. Os adolescentes afirmam que os pais não são tão abertos e fornecem informações insuficientes.

Portanto, a psicoterapia breve vem abordando como alternativa de ajuda e terapia para os adolescentes nesse processo. A Psicoterapia Breve surgiu como alternativa ao modelo psicanalítico desenvolvido por Sigmund Freud na entrada do século XX. Conforme a psicanálise aprofundava sua complexidade, novos questionamentos e necessidades foram aparecendo.

(...) É possível prever que algum dia chegará a vez de despertar a consciência da sociedade, e adverti-la de que os pobres têm tanto direito ao auxílio do psicoterapeuta quanto ao do cirurgião e de que a neurose ameaçam tão gravemente a saúde do povo como a tuberculose (...) criar-se-ão então instituições médicas para as quais serão designados analistas encarregados de conservar a resistência e o rendimento do homens que, abandonados a si mesmos, se entregariam a bebida, de mulheres prestes a sucumbir sob o peso das privações e de crianças cujo único porvir é a delinquência ou a neurose. O tratamento seria, naturalmente, gratuito (...) cabera a nós então, o trabalho de adaptar nossa técnica às novas condições. "(Freud, 1918 apud Braier, 1997).

No qual, à abordagem focal, planejada e com objetivos limitados fundada pela psicanálise, vem propiciar uma psicoterapia breve que não altera a essência dos pressupostos teórico-técnicos e o procedimento clínico, e alcança as mudanças dos tempos atuais, conseguindo através da clínica psicanalítica alcançar e provocar alterações psíquicas partindo das experiências vivenciadas emocionalmente pelo indivíduo e possibilitar a integração de sua subjetividade e a realidade concreta.

A adolescência rompe a estabilidade da infância, trazendo consigo mudanças que determinarão sensações e emoções intensas (FERRARI, 1996).

Segundo Oliveira (2007, p.01) relata que “a psicoterapia breve tem sido reconhecida como um importante instrumento de trabalho, do qual o profissional pode lançar mão sempre que necessitar realizar uma intervenção psicoterapêutica com objetivos circunscritos e duração limitada”. Portanto, a psicoterapia breve tem sido reconhecida como um importante instrumento de trabalho, do qual o profissional pode lançar mão sempre que necessitar realizar uma intervenção psicoterapêutica com objetivos circunscritos e duração limitada (OLIVEIRA, 2008).

Diante da ampla estruturação e modificação em diversas esferas, no que concerne a evolução seja no âmbito social, escolar, laboral, das relações e suas novas configurações. O adolescente, é imerso em suas inquietações, angústias, dúvidas de se perder nesse universo temporal e frente as problemáticas experienciadas em cada fase de seu trajeto, o adolescente é impelido as dores psíquicas frente as lacunas advindas de perdas variadas no decorrer de suas fases de transição da infância para a vida adulta, emergindo a percepção de que os imprevistos inerentes ao tempo, torna uma caminhada complexa no qual a aventura de viver, apresenta-se de forma fatigante.

As indicações da psicoterapia breve para o adolescente são bastantes variáveis, sendo mais específicas as perdas e os lutos decorrentes do crescimento, a incapacidade de lidar com a identidade sexual, dificuldade em manejar com a temporalidade, conflito nas relações sociais, familiares e amorosas, aceitação conflitiva do próprio corpo, vulnerabilidade às pressões ambientais, como uso de drogas, atos irresponsáveis e delituosos, problemas de aprendizagem, dificuldade de tolerar frustrações e reconhecer limites (KNOBEL, 1997).

Salientando que os estímulos estressantes e traumáticos, podem favorecer e fomentar perturbações psicológicas, suscitando sintomas psicossomáticos ou psíquicos, interferindo de forma considerável no desenvolvimento e acarretando bloqueios em sua estruturação e dinâmica psicossocial.

Kusnetzoff (1993) ao salientar o período turbulento e conflitivo pelo qual o adolescente transita, recomenda que o terapeuta, numa abordagem focal, mostre-se flexível, compreensivo e atento.

No qual, o terapeuta através desta técnica atue de forma enfática aos elementos adaptativos do ego e os elementos de enfrentamento disponíveis que

propicie autonomia em diversos contextos. Sendo primordial na psicoterapia breve um papel ativo do terapeuta, considerando-se diante do tempo a possibilidade de um rapport vertiginoso, tendo a atenção seletiva nas áreas conflituosas.

O objetivo último da psicoterapia breve é facilitar à criança e ao adolescente uma adaptação crítica ao ambiente, recuperando a sua capacidade de aprender, de se relacionar e de brincar de acordo com sua idade, assim como favorecer ao adolescente a aquisição da possibilidade de projetar seu futuro e integrar sua identidade adulta (KNOBEL, 1977).

No entanto, muitas das vezes a tal capacidade é restrita por problemas psicossomáticos, nos quais se destacam o suicídio e a depressão. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO, 2010), o suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos.

O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara do que o ato executado pode gerar (ARAÚJO et al., 2010). A solidão é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio.

A depressão, as desordens relacionadas ao álcool (alcoolismo), ao abuso, à violência, as perdas, a história de tentativa de suicídio, bem como a “bagagem” cultural e social representam os maiores fatores de risco ao suicídio (WHO, 2010).

Sigmund Freud, não teve um aprofundamento na problemática do suicídio, mas, em Luto e Melancolia, de 1917, verifica em algumas pessoas propensas ao ato, o estado de melancolia que produzia uma agressividade em direção a um objeto de amor que perdido direcionava-se a si próprio. Pontuando que o suicida almeja de forma primitiva esse objeto de amor perdido e introjetado. Matando-se o mesmo anulava psicologicamente esta perda e teria ações vingativas contra o ambiente ou pessoa que originou seu desespero.

Na teoria psicanalítica o conceito de pulsão é usado para compreensão da relação entre a psique e o soma (mente e corpo). E tendo esta uma origem somática criando um efeito psíquico. Tendo a pulsão de morte como objetivo minimizar a tensão psíquica no ponto mais baixo e crítico, a morte. No qual, sendo direcionada internamente há uma propensão autodestrutiva, e na externa, como agressividade.

A escola psicodinâmica entre possibilidades de significação para o ato suicida, enxerga diante das fantasias inconscientes de imortalidade e vingança, a obtenção de

uma resposta da pessoa amada, reencontrando diante da morte com o objeto perdido, e expiação (FERREIRA-SANTOS, 2013). Podendo também o ato suicida advir em resposta ao abalo da invulnerabilidade narcísica, com intolerância à dor da perda ou da derrocada da onipotência. Desejando abster-se da morte diante de um futuro obscuro, tendo no ato suicida não o término da existência, mas a possibilidade de lograr para outra vida fugindo para o Nirvana da felicidade.

Na evolução de sua teoria, Freud introduz em Além do princípio do prazer, a noção de um novo dualismo pulsional, com a pulsão de morte (Tânatos) em oposição à pulsão de vida (Eros, que reunia forças da libido e da autoconservação).

Não distanciando do pai da psicanálise, Karl Menniger publicou, em 1938, um clássico da literatura psicanalítica sobre suicídio: O homem contra si próprio.

Não se pode confiar em motivos conscientes para explicar o comportamento humano. Há muitos casos em que os motivos não podem ser confessados, não podem ser interpretados, e não são minimamente reconhecidos pela própria pessoa. [...] Em outras palavras, se movida por razões inconscientes uma pessoa justifica sua autodestruição a partir da realidade externa, sua motivação inconsciente é mais importante na compreensão do suicídio do que as circunstâncias externas, aparentemente mais simples e inevitáveis.

Menninger (1996) acreditava em três componentes eram diferenciados no comportamento suicida: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer.

A concepção mennigeriana fomentou as possibilidades na significação do ato suicida, trazendo sustentação teórica na compreensão clínica. Referindo -se várias formas de suicídio:

- ✓ Suicídio Crônico – como o martírio ou a dependência de álcool ou de outras drogas psicoativas.
- ✓ Suicídio Focal – automutilações, impotência, frigidez.
- ✓ Suicídio Orgânico – derivado de doenças somáticas que acometem o sujeito.
- ✓ Suicídio inconsciente - como no caso de algumas fatalidades ocorridas em acidentes automobilísticos ou em esportes arriscados, mortes que seriam inconscientemente intencionais.

Brauer (2000) na vertente do entendimento psicanalítico, o comportamento suicida é concebido como o fracasso da passagem de uma fase simbiótica (primeira fase de desenvolvimento do psiquismo, onde não se distinguem as representações do self da criança e da mãe), para a fase de separação de individuação (segunda fase onde o self e o objeto, o eu e o não eu já são diferenciados).

Como as defesas emocionais em ação são muito primitivas (clivagem, identificação projetiva), há dificuldades para tolerar frustrações e postergar a satisfação. Sendo invadido pela sensação de desamparo e de esvaziamento do ser.

Combinando elementos da etologia e a psicanálise, Bowlby desenvolveu o conceito de apego, trazendo uma visão de si (self) e de outrem moldada a partir de experiências precoces com um cuidador (figura de apego). Uma modalidade de apego inseguro implica reação de intensa ansiedade frente a ameaças de separação (abandono).

Scabello (2006) comenta que frente a luz da teoria do apego/vínculo, tentativas de suicídio podem ser tomadas como um comportamento vinculador ativo, que transmite ao ambiente a necessidade de receber proteção e cuidados. Os adolescentes de estruturação egóica fragilizada, ao sinal de uma ruptura em relacionamentos, desencadeia imensa angústia com sentimento de desintegração e de aniquilamento. Acarretando de forma repetidas tentativas de suicídio na adolescência como recurso desesperado para a manutenção do vínculo afetivo.

A psicopatologia presente na depressão deve ser diferenciada da psicopatologia apresentada por pacientes que se encontram no limiar da posição depressiva, da depressão neurótica ou reativa e das reações de luto típicas (LUCAS, 2004).

Na prática clínica, os pacientes que sobrevivem ao ato de alto extermínio, apresentam-se e comunicam-se de forma dispersa e alheia ao ocorrido, não encontrando palavras e nem explicações. No decorrer do processo, alguns conseguem verbalizar e corroboram o sentimento de vazio, invadidos num universo de excitação difusa quanto pelo desamparo.

É possível através das funções egóicas (conjunto de funções com uma multiplicidade de determinações, adaptação à realidade, controle de impulsos, integração, senso e prova de realidade,) analisar e compreender as dificuldades e

possíveis desorganizações sentidas pelo paciente em suas relações externas e internas, que contribuem no seu modo de agir.

Sendo explanadas nas funções defensivas (conjunto de ações destinadas a neutralizar ansiedade, conflitos, impulsos, proibições) assumidas pelo paciente, diante das queixas e realidades perturbadoras para o indivíduo.

As funções egóicas básicas, direcionadas tanto para o mundo exterior como para os outros e para si mesmo, compreende: percepção, atenção, memória, pensamento, antecipação (planejamento ou programação da ação), exploração (atividades de tenteio e rodeio), execução, controle (regulação) e coordenação da ação. Atuam com eficácia de acordo com algumas condições, mas ao longo do desenvolvimento, ações contrárias podem enfraquece-las ou prejudicá-las.

Hartmann (2000) pontuou a intervenção no desenvolvimento egóico de três grupos de fatores: a intensidade dos impulsos, a dotação genética, as influências ambientais, tendo o aspecto familiar um papel preponderante na evolução das funções egóicas: a riqueza ou pobreza perceptiva, imaginativa, cognitiva, a existência de uma área livre de conflitos, as plasticidades do repertório defensivo são sempre co-produções.

No processo terapêutico a ativação dessas funções, acontece inserindo um contexto de verificação, contexto de estimulação (indagar, compreender, objetivar uma problemática), ao mesmo tempo, a relação paciente e terapeuta fornece um contexto de proteção e gratificação emocional, aliviando as ansiedade e propiciando a abertura do potencial de ativação egóica, no qual, o terapeuta pode em cada sessão der acordo com certas instâncias e elementos, obter uma atuação de forma ativadora ou mobilizadora (SCABELLO, 2006).

OS ESTÁGIOS PSICOSSOCIAIS DE ERIKSON

Em meados do século XX, Erikson começa a construir sua teoria psicossocial do desenvolvimento humano, repensando vários conceitos de Freud, sempre considerando o ser humano como um ser social, antes de tudo, um ser que vive em grupo e sofre a pressão e a influência deste.

Assim como Freud, Piaget, Sullivan, entre outras figuras da época, Erikson (1998) optou por distribuir o desenvolvimento humano em fases. Porém, seu modelo detém algumas características peculiares (RABELLO, 2001):

- ✚ Desviou-se o foco fundamental da sexualidade para as relações sociais.
- ✚ A proposta os estágios psicossociais envolvem outras artes do ciclo vital além da infância, ampliando a proposta de Freud.
- ✚ Não existe uma negação da importância dos estágios infantil (afinal, neles se dá todo um desenvolvimento psicológico e motor), mas Erikson observa que o que construímos na infância em termos de personalidade não é totalmente fixo e pode ser parcialmente modificado por experiências posteriores;
- ✚ A cada etapa, o indivíduo cresce a partir das exigências internas de seu ego, mas também das exigências do meio em que vive, sendo, portanto, essencial a análise da cultura e da sociedade em que vive o sujeito em questão;
- ✚ Em cada estágio o ego passa por uma crise (que dá nome ao estágio). Esta crise pode ter um desfecho positivo (ritualização) ou negativo (ritualismo);
- ✚ Da solução positiva, da crise, surge um ego mais rico e forte; da solução negativa temos um ego mais fragilizado;
- ✚ A cada crise, a personalidade vai se reestruturando e se reformulando de acordo com as experiências vividas, enquanto o ego vai se adaptando a seus sucessos e fracasso.

A visão do teórico frente a adolescência, Erikson (1998) ressalta que o adolescente precisa de segurança frente a todas as transformações – físicas e psicológicas – do período. Essa segurança ele encontra na forma de sua identidade, que foi construída por seu ego em todos os estágios anteriores. E que toda a preocupação do adolescente em encontrar um papel social provoca uma confusão de identidade; sou diferente dos meus pais? O que sou? O que quero ser?

Erikson (1998) lembra que o ser humano mantém suas defesas para sobreviver e que ao sinal de qualquer problema, uma delas pode ser ativada e levar o adolescente a sentir-se vazio, isolado, ansioso, sentindo-se também, muitas vezes, incapaz de se encaixar no mundo adulto, o que pode muitas vezes levar a uma regressão. Segundo Erikson (1998) durante o ciclo vital construiríamos o que ele denomina plano de vida, um curso, um roteiro segundo o qual as crises do ego vão se desenrolar de certa maneira, que parece ter sido determinada pela infância, pelas

primeiras crises do sujeito. quanto melhor o adolescente tiver resolvido suas crises anteriores, mais possibilidade terá de alcançar aqui a estabilização da identidade. Quando esta identidade estiver firme, ele será capaz de ser estável com os outros, conquistando, para Erikson (1998), a lealdade e a fidelidade consigo mesmo, com seus propósitos, conquistando o senso de identidade contínua. Onde ele descreveu algumas crises pelas quais o ego passa, ao longo do ciclo vital. Estas crises seriam estruturadas de forma que, ao sair delas, o sujeito sairia com um ego (no sentido freudiano) mais fortalecido ou mais frágil, de acordo com sua vivência do conflito, e este final de crise influenciaria diretamente o próximo estágio, de forma que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estariam completamente imbricado no seu contexto social, palco destas crises.

Um forte senso de identidade pessoal foi importante para o desenvolvimento de relações íntimas. Estudos têm demonstrado que as pessoas com um mal senso de si e tendem a ter relações menos comprometidas e são mais propensas a sofrer isolamento emocional, solidão e depressão (ERIKSON, 1998)

2.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

As Clínicas Integradas do UNI-RN oferecem atendimento humanizado à população em geral nas áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A unidade é uma alternativa para aqueles que dependem do sistema público de saúde, com atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento.

O paciente pode buscar os serviços de forma espontânea ou pelo encaminhamento de escolas, médicos e empresas. Tendo um processo, passar primeiramente por um acolhimento, para, posteriormente, ser encaminhado ao setor especializado.

Além de disponibilizar um serviço de saúde de qualidade, as Clínicas Integradas do UNI-RN capacita os estudantes para o mercado de trabalho. A partir de práticas supervisionadas por um docente da área, que define a proposta terapêutica e acompanha a aplicação da conduta, o estudante vivencia a realidade profissional.

Funcionamento: segunda a sexta, das 7h30 às 21horas. As Clínicas Integradas, que ocupam o espaço construído em 1.542,80m², disponibiliza 64 consultórios confortáveis com equipamentos modernos. As práticas são supervisionadas pelos docentes de cada especialidade, contribuindo para o amadurecimento profissional e postura humanizada no atendimento ao cliente. São oferecidos os serviços de atendimentos em grupo e individual, ludoterapia, hidroterapia (piscina térmica), fisioterapia em neurológica, ortopedia e traumatologia, reumatologia, pediatria, angiologia, ginecologia, cardiorrespiratória e dermatofuncional, e procedimentos básicos de Enfermagem como troca de curativos, entre outros serviços em Saúde. Toda a acessibilidade necessária para as pessoas com dificuldade de locomoção é garantida no espaço, que possui ainda um elevador adaptado.

A equipe de trabalho é composta por mim, Janaina Patrícia Pires de Souza Silva, estagiária de Psicologia, pelos demais discentes estagiários, pela professora orientadora da abordagem psicológica escolhida para estes atendimentos Luciana Carla Barbosa de Oliveira, três recepcionistas que alternam a função de recepcionar os pacientes, encaminha-los aos seus respectivos terapeutas, agendar e modificar dados sobre as consultas, receber a taxa simbólica relacionada ao atendimento, uma Assistente social responsável pela entrevista social, uma coordenadora da clínica de

Psicologia e uma coordenadora geral da clínica. Ao apoio geral, dois auxiliares de serviços gerais e um porteiro.

2.2 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO

2.2.1 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

S.J.C.S sexo Masculino, 17 anos, solteiro, sem filhos, estudante, ensino médio incompleto.

2.2.2 HISTÓRIA CLÍNICA

S.J.C.S chegou acompanhado de sua genitora J. ao plantão psicológico realizado nas Clínicas Integradas do UNI-RN, compreendendo a genitora a necessidade de buscar auxílio emocional para o filho, frente a comportamentos e pensamentos de ideação ou plano suicida cometido há uma semana antes do atendimento terapêutico. Queixando-se da tentativa suicida do filho, a genitora traz na entrevista inicial a dificuldade de comunicação com o mesmo, e o impedimento de um convívio e conhecimento do mesmo, diante de seu isolamento social, fechando-se em seu mundo, tendo o jogo e os amigos virtuais a proximidade que a mesma e familiares próximos não tem, acreditando que o comportamento expressado pelo filho tem resposta frente ao término de namoro.

Nesta sessão a mesma apresenta através de aparelho eletrônico (celular), uma carta de despedida do adolescente nas redes sociais (Twitter), e na carta o paciente relata as diversas possibilidades de alto extermínio, o grau do medo e justificativas para algumas ações (ponte, enforcamento, arma).

Através da coleta de informações, foi possível diante de alguns dados perceber ausência de vínculos afetivos com sua genitora, corroborando em sua fala o distanciamento desde de pequeno do filho, quando a mesma o entregou aos cuidados do avô materno e sua madrasta.

Nessa mesma sessão, foi realizado o atendimento com o adolescente, depois da explanação da genitora e a compreensão do motivo que os levaram procurar um apoio psicológico. De forma individualizada, o adolescente compreende, sabe e explana o motivo que o traz adentrar no setting terapêutico, neste momento enfatizo

o sigilo da terapia, o mesmo relata que a percepção da situação que os familiares e amigos tem a acerca dos acontecimentos (tentativa do alto extermínio, anedonia), não se comunicam com a realidade, pois o mesmo expressou que há três (3) anos sinaliza, mas não é levado em consideração em sua fala.

Relata que se sente com falta de energia, não ver motivos para viver, ansioso, anedonia e constantemente com pensamentos suicidas, (paciente com sintomas de depressão moderada) havendo uma tentativa de alto extermínio através de ingestão de comprimidos (*losartana* – remédio para pressão alta), ao qual foi levado para um atendimento de urgência no hospital, para lavagem intestinal.

Mantive-me atenta e o acolhimento no intuito de fortalecer o vínculo. E tanto para a genitora quanto ao paciente, foi enfatizado e solicitado a necessidade de um acompanhamento Psiquiátrico, para que o paciente possa evoluir de forma satisfatória, e com o paciente foi feito o contrato verbal para que não houvesse a tentativa de alto extermínio.

2.2.3 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

2.2.3.1 GRUPO FAMILIAR

S.J.C.S convive em uma família normativa, com sua madrasta (deficiente visual) e viúva, sua tia irmã de 33 anos, (trabalha no Call Center) seu filho e esposo. No momento, o adolescente encontra-se afastado do colégio e de um curso que havia iniciado de Eletrônica (a pedido da mãe, por falar que o mesmo não faz nada da vida), auxilia pequenas tarefas de casa para ajudar sua madrasta, a mãe biológica trabalha e mora distante com outros filhos, passando até meses sem vê-lo, de vez em quando o pai biológico se faz presente, mas ambos ausentes no cotidiano do paciente, que passa a maior parte do seu tempo, no quarto, jogando “League Flasher”, o paciente não consegue expressar e nem se posicionar em seus desejos, tendo um contexto e núcleo familiar fomentador de suas angústias, inseguranças e baixa estima, frente a lacunas afetivas, críticas, ausência de comunicação, falta de entendimento e compreensão da situação do paciente. Apresentando o paciente um vínculo com um Tio, que reside na mesma Zona, mas em bairro diferente e apresenta as mesmas dificuldades de enfrentamento das adversidades da vida.

2.2.4 AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES EGÓICAS

2.2.4.1 Funções Egóicas Básicas

S.J.C.S demonstrou nos primeiros dois encontros funções egóicas (conjunto de funções com uma multiplicidade de determinações, adaptação à realidade, controle de impulsos, integração, senso e prova de realidade) comprometidas, confuso, indicando a necessidade de amenização da ansiedade, no intuito de promover o retorno a um estado de homeostase.

Após o acolhimento e escuta, S.J.C.S. apresentou claramente que as suas funções egóicas estavam preparadas para o início do entendimento dos mecanismos de ação do tratamento, se mostrando comprometido e disposto, pontuando a sua vontade de se implicar no seu processo, indicando o início da terapia de Insight.

2.2.4.2 Relações objetais

Em termos de Relações Objetais, S.J.C.S. relatou ter sido cuidado desde pequeno pelo seu avô materno e madrastra, traz claramente que foi entregue desde cedo “infância” pela sua mãe, relatando que os pais (avô e madrastra), foram participativos nos eventos sociais da escola e que em nenhum momento os pais biológicos estiveram presentes nesses momentos. Há uma dificuldade de falar dos mesmos e trazer seus sentimentos diante dessa relação de parentalidades.

Tanto Freud (1918) quanto Erikson (1928) argumentam que a qualidade do primeiro relacionamento da criança com o principal cuidador modelará seus relacionamentos com outras crianças, e com outros adultos em idades posteriores. E Bowlby supôs que um fracasso ou trauma significativo nesse percurso e particularmente em sua relação e atenção de apego com a mãe, é parte primordial para o desenvolvimento de apego seguro.

2.2.4.3 Controle dos impulsos

S.J.C.S em relação ao Controle dos Impulsos, apresenta falta de controle e pouca flexibilidade para enfrentar os adversários no jogo, distribuindo agressividade verbal, reconhecendo-se e considerando-se arrogante diante de sua postura com os adversários virtuais. E diante da quantidade de remédio no intuito de morrer, expôs uma falta de controle mais tênue, que no meu entendimento é o pedido de ajuda, devido a desesperança e os sintomas de depressão identificados nos relatos, e o próprio contexto familiar que não oferece suporte necessário para dar conta do pedido e a necessidade de proteção e cuidados.

2.2.4.4 Tolerância a ansiedade e a frustração

S.J.C.S apresenta de forma corporal a ansiedade (balançando a perna de forma ininterrupta) e enfatiza na fala as pontuações a respeito de seus gestos. E o isolamento e esquiva frente a possibilidade de negativa externa (receio ao pedir ajuda na rua ou alguma informação) ou frustrações (receber a negativa de alguma pessoa, (namorada, familiares, fazer novas amizades).

Combinando elementos da etologia e a psicanálise, Bowlby desenvolveu o conceito de apego, trazendo uma visão de si (self) e de outrem moldada a partir de experiências precoces com um cuidador (figura de apego). Uma modalidade de apego inseguro implica reação de intensa ansiedade frente a ameaças de separação (abandono) (SCHNEIDER; RAMIRES, 2010).

2.2.4.5 Mecanismos de defesa

S.J.C.S mostra como mecanismos de defesa, o isolamento e a agressividade, que propicia criar seu próprio espaço seguro, assim, sem contato com novas experiências e tendo um controle frente a um personagem virtual, que a qualquer adversidade, apresenta em seu discurso e comportamento a incapacidade e dificuldade de relacionar-se e fazer novas amizades ou atividades sem a presença do outro.

2.2.4.6 Regulação da auto-estima

Em relação a auto-estima, S.J.C.S demonstra total desregulação, não conseguindo visualizar nada de positivo e apresentando a negatividade em diversos aspectos, (não conseguindo se olhar no espelho, por se considerar feio), interferindo nas suas relações e impedindo de progredir em suas queixas (ser mais comunicativo, fazer novas amizades sem ajuda de amigos, conseguir pedir ajuda na rua diante de algum questionamento que venha precisar).

2.3 GRAU DE MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO E ATITUDES PARA O INSIGHT

S.J.C.S possui disponibilidade e implicação, no entanto diante dos sintomas de depressão moderada, saliento a importância no início da terapia do trabalho psicoterápico e com “reforçamento egóico” como primordial na preparação para a terapia de Insight. S.J.C.S pode ser considerado como um ótimo candidato à Psicoterapia Breve, pois compreende e enxerga que não corresponde ao que o mesmo almeja para sua vida e percebendo que algo está errado na sua forma de se ver e de se relacionar, e que sozinho está difícil prosseguir, almeja ser mais comunicativo, desinibido, menos arrogante, encontrar a felicidade sem depender do outro, almejando ser participativo na dinâmica familiar, nas relações interpessoais, e melhorar a autoestima, faltou a sessão duas vezes, uma alegando indisposição e outra falta de ar, no entanto, estar a cada sessão mais desenvolvido e atento aos novos conteúdos trabalhados no setting terapêutico.

2.4 DETERMINAÇÃO DO FOCO

Diante do discurso onde o mesmo sente-se feio, inseguro, sozinho e os constantes pensamentos de ideação suicida ténue em seu dia a dia, enxergo que trabalhar o fortalecimento egóico seja um foco que irá repercutir como efeito carambola de forma positiva em diversas áreas de sua vida. Com o objetivo de que essa descoberta guiada propicie ao paciente S.J.C.S, novas formas de compreender e enfrentar situações inerentes às suas necessidades, proporcionando autonomia e empoderamento.

Ao focalizar em sua insegurança, S.J.C.S ampliaria mais para as oportunidades, e ao enfrenta-las, a confiança iria ressignificando o seu olhar de si e das ações antes engessada, e outras necessidades seriam acrescentadas, validando uma nova forma de ser baseado em evidências.

Quando a psicoterapia breve é bem-sucedida, as mudanças positivas tendem a se generalizar a diferentes áreas do psiquismo, transcendendo os limites do foco estabelecido para o atendimento (LAMBERT, 1991).

2.5 HIPÓTESE PSICODINÂMICA INICIAL

Partindo desse ponto a justificativa do isolamento e interação deficiente com ele mesmo, a família, a escola e em suas relações sociais, precipitando o quadro atual de Depressão.

Segundo o DSM-IV Os chamados Transtornos de Humor têm como uma das mais importantes referências aquilo que na distribuição nosográfica é denominado Transtorno Depressivo Maior. Os Transtornos Depressivos, segundo o DSM-IV, devem ser diagnosticados na ausência desses três últimos fatores, ou seja, caso um ou mais deles apareçam intercorrentemente num Transtorno Depressivo Maior, sem interferência de substâncias antidepressivas ou uso de medicamentos e exposição a toxinas, o diagnóstico deverá ser transferido para Transtorno Bipolar (QUINTELA, 2010).

2.6 PONTOS DE URGÊNCIA AO COMEÇAR O TRATAMENTO

Braier utiliza o conceito de ponto de urgência que corresponde à situação psíquica inconsciente de conflito que, pela ação de fatores atuais, predomina no sujeito num dado momento, sendo motivo de determinadas ansiedades e defesas. (Braier, 1991, p.44). O ponto de urgência pode ser inerente ao foco ou ser relativamente estranho a ele.

S.J.C.S apresentou uma visão negativa de si mesmo, do mundo e um Eu fragilizado, estando possivelmente com depressão moderada, mostrando um grau significativo de ansiedade e o distanciamento nas relações afetivas familiares e da relação conflitante frente ao término de namoro, e as incertezas abarcadas na relação, com diversos contextos psicossociais fragilizados em seu percurso, seja no contexto

escolar, familiar, afetivo ou social, havendo uma dificuldade de comunicação, posicionamento frente as relações e o seu pertencimento no mundo, não encontrando sentido na vida, tendo um sentimento de menos valia (se morresse não faria falta), apresentando uma considerada baixa autoestima e explicitando que sua ausência não teria importância.

Diante dos relatos de S.J.C.S, observa-se como urgência a insegurança que afeta e implica outras áreas e questões, expressando através do mecanismo de defesa, a esquiva e o isolamento do enfrentamento das questões conflitivas e o sofrimento ao buscar no isolamento e distanciamento a resolução imediata de seus problemas.

2.7 METAS TERAPÊUTICAS

A proposta foi desenvolver a habilidade de enfrentamento, fazendo através das experiências novas tanto no campo terapêutico, como externamente ressignificações de atitudes, emoções e trabalhar a autonomia, fazendo nesse processo de aprendizagem o paciente possuir mais confiança e conseguir agir em diversos contextos, fomentando autoestima, obtendo um ajustamento social e propiciar uma visão positiva de si, do outro, vislumbrando possibilidades e estratégias para o agir no mundo diante dos conflitos inerentes ao ser.

2.8 DURAÇÃO DO TRATAMENTO

O tratamento ocorreu em 12 sessões, onde na 1ª semana houve um atendimento semanal, porém houve a sugestão da supervisora acadêmica, viu-se a necessidade que os encontros fossem duas vezes por semana. Ocorreu dois absenteísmos por parte do mesmo.

2.9 PROGNÓSTICO

Levando em consideração todos os fatores explanados, visualizo através do grau de comprometimento, motivação e a aliança terapêutica presente, um bom prognóstico para o tratamento para a psicoterapia (disposição para experimentar os

novos esforços propostos e trabalhados no setting) e para mudar o modo como vem levando a vida.

Tudo isso atrelado à sua capacidade de auto-observação, a sua contínua determinação focal, a sua contratransferência positiva e por fim, seus insights e compreensão da dinâmica relacional no setting e expansão para o externo enxergando seus limites e possibilidades para ultrapassar as barreiras de sua própria problemática. Entre os elementos prognósticos desfavoráveis, assinalou seu isolamento social e a comunicação como impeditivos de realizar e almejar seus sonhos e avançar no seu processo de empoderamento.

2.10 CONTRATO

O contrato terapêutico foi realizado verbalmente na primeira sessão, diante do relato materno e do próprio paciente de sua tentativa de alto extermínio, vislumbrando que o paciente permitisse e desse a oportunidade aos possíveis avanços da psicoterapia. No contrato terapêutico foi explicitado; caracterização dos papéis paciente e terapeuta, explicando qual comportamento esperado de cada um no processo, possibilidade de comportamentos resistências e o quão universais eles são, que isso não significa prejuízos e sim avanços, os números de sessões e o horário (sexta-feira às 15:00hs) e 12 encontros, no qual o processo seria impreterivelmente finalizado, no entanto por se tratar de um processo dinâmico viu-se a necessidade de dois encontros semanais, sendo a terça-feira às 09:00 e sexta -feira, sugerido ao paciente no segundo encontro tendo a confirmação do mesmo. Por sugestão da Docente e Supervisora Acadêmica, Dr^a Luciana Carla.

PSICOTERAPIA

Inicialmente foi utilizada psicoterapia de apoio visando a diminuição da ansiedade do paciente. Essa psicoterapia é muito eficiente para pacientes da área hospitalar, onde a maior dificuldade está em lidar de forma adequada com os distúrbios somáticos que levam os sujeitos ao hospital (clínico ou cirúrgico). No caso de S.J.C.S a psicoterapia utilizada no decorrer do processo foi a psicoterapia de insight “pressupõem-se que basta ter uma compreensão intelectual dos conflitos para haver mudança. É preciso uma elaboração das emoções e sentimentos associados

aos conflitos”. A cada sessão o paciente era levado a revisitar seus sentimentos conflitantes para que pudesse por conta própria fazer uma elaboração desses momentos ou dos vividos e pudesse ressignificar suas experiências.

TIPO DE RELAÇÃO PACIENTE-TERAPEUTA

No início a relação do terapeuta com o paciente foi mais ativa mesmo na escuta, o acolhimento da queixa as questões apontadas eram em função de buscar por um foco, algo que expresse e que fosse relevante em relação a necessidade da procura terapêutica. A relação sempre foi empática e colaborativa.

ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA

A estratégia terapêutica nos primeiros dois encontros foi a escuta, o intuito era de colher informações, as pontuações eram poucas, e sempre validando as suas emoções diante dos fatos trazidos. Compreendendo o quão delicado são os primeiros encontros, e definidores da continuidade ou não da psicoterapia.

A proposta era considerar que ajustes progressivos surgiriam, mesmo pela forma dinâmica inerente a terapia, para tanto, o trabalho começou a trazer os objetivos a atingir, se colocar junto a paciente no processo, e mediar tais pontos até que esses fossem de forma genuína fruto de sua indução.

Diante de um espelho, foi solicitado que ele se olhasse e de como se via e de como gostaria de se enxergar, o objetivo era que em cada momento, ele pudesse entrar em contato consigo e refletisse sobre ele, no entanto, o mesmo teve uma repulsa, emborcando o espelho e relatando que há muito tempo não se ver e que não gosta de sua imagem e que para se ver e gostar, teria que nascer de novo.

O processo de finalização se daria em duas partes; uma narrativa por parte do paciente com o objetivo de iniciar uma recapitulação de todo o processo e a importância de utilizar estratégias de enfrentamento, onde o mesmo de forma ativa S.J.C.S apresentasse uma proposta de ação para o enfrentamento de alguma dificuldade apresentada nas sessões, onde o seu feedback fundamentaria de forma genuína a sua experiência de ressignificação e enfrentamento.

3 ATIVIDADES PROPOSTAS OBJETIVOS E METODOLOGIA

As atividades serão: Formação teórica em Abordagem Psicodinâmica em Psicoterapia Breve; Grupo de estudo de estágio; Atendimento clínico psicoterápico individual e Atividades didático-vivenciais e prática clínica supervisionada.

Foi realizado estudo de caso com o paciente voluntário e usuário das Clínicas Integradas do UNIRN, onde foi desenvolvida a psicoterapia com orientação na Teoria Psicodinâmica e técnicas da Psicoterapia Breve, com dois encontros semanais no ambiente da clínica, sob a supervisão semanal da professora orientadora deste TCC. Foi estruturada a avaliação do paciente e escuta terapêutica, de acordo com as práticas pertinentes a explanação do caso e a utilização das técnicas de Psicoterapia Breve de Apoio, onde foi conferido nos encontros das supervisões acadêmicas, na expectativa de conclusão do processo terapêutico frente as devidas correções que se façam necessária.

Dessa forma, tem-se como objetivo geral, sobrepor os conhecimentos teóricos e unir com a prática aos atendimentos realizados, pôr estágio supervisionado nas Clínicas Integradas de Saúde do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN, consolidando e vislumbrando adquirir aptidão de psicóloga com habilidades suficientes a prestação de serviços a sociedade. Já nos específicos serão: Compreender os fundamentos teórico – práticos da Abordagem psicodinâmica no contexto de atendimento clínico; Simplificar o aperfeiçoamento da prática clínica, utilizando da conceitualização das técnicas, intervenções pertencentes a abordagem psicodinâmica, frente a variabilidade de demandas clínicas; Ampliar a capacidade da escuta clínica, a datar dos pressupostos da Abordagem psicodinâmica em psicoterapia breve, no que declara ao processo terapêutico, diagnóstico e intervenção e Habilitar o aprofundamento teórico-prático da abordagem psicodinâmica em psicoterapia breve, por meio da produção e elaboração de um TCC.

CONCLUSÃO DE CASO

A Psicoterapia Breve não se diferencia das psicoterapias de longo prazo na qualidade dos resultados se respeitados as características e limites de sua indicação (LEMGRUBER, 1990). O fato de ser breve, não indica que não seja profunda em seus propósitos. O paciente trouxe em seu esboço propriedades para um desenvolvimento terapêutico salutar, respeitando os limites e características para a psicoterapia breve, disponibilidade, compromisso, motivação e entendimento da necessidade da terapia para melhora do seu quadro atual, propiciando uma relação terapêutica colaborativa.

Durante o processo terapêutico e todas as nuances explanada pelo paciente, foi observado através das ações, atitudes e verbalização do paciente, identificar e vislumbrar os ganhos no processo de compreensão e enfrentamento de suas queixas e situações conflituosas, aproximando se de pensamentos e emoções mais saudáveis e congruentes com a realidade, percebendo se mais ativo e sociável, realizando ações positivas para fomentar a baixa autoestima, havendo uma clarificação das possíveis distorções cognitivas advindas de um estado depressivo, através das intervenções e propostas diante do foco estabelecido no quesito insegurança, e o tratamento farmacológico com o psiquiatra, obteve entendimento do efeito carambola (mecanismo interno, utilizado por Vera Lemgruber (2000) para expressar potencialização dos benefícios obtidos através da técnica focal, impactando outras áreas e repercutindo positivamente nas reformulações do foco), para encorajar e germinar atitudes em outros contextos houve diminuição da insegurança e discernimento quanto à responsabilidade de sua postura no contexto familiar, social e afetivo, criando estratégias de enfrentamento e percebendo que a prática do enfrentamento é algo constante mesmo com o término do processo terapêutico, pois a prática e experimentação de situações antes negadas, que geravam insegurança para agir, propiciaram mais confiança impulsionando o paciente para dar continuidade com a ausência terapêutica.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Muitas vezes, a psicoterapia breve, pode ter função de processo terapêutico inicial ou funções preventivas de maiores danos futuros ao paciente, realizando intervenções focais, sendo que, posteriormente, o paciente pode ser encaminhado para uma psicoterapia de longa duração se necessário (HEGENBERG, 2004; NEME, 2005). Mesmo frente aos avanços e mudanças percebidas no quadro do paciente, enxergo a necessidade de continuação do processo terapêutico, para propiciar e ampliar o autoconhecimento e em consequência o fortalecimento do seu Eu, para que sua ação no mundo e com o outro seja menos doloroso e que não acarrete tanto sofrimento psíquico, físico, emocional e social acarretando danos e adoecimento do corpo e da alma.

A expectativa que o paciente em processo terapêutico em Psicodinâmica, é que obtenha o sentido da vida, da autoestima e o fortalecimento e reestruturação egóica obtendo uma capacidade e flexibilidade para lidar com os conflitos e complexidades que possam surgir da vida, havendo um empoderamento que amplie o olhar de si próprio, dos outros e do mundo, impactando de forma positiva no seu contexto social, familiar, escolar. Garantindo que as potencialidades se tornem claras na sua percepção e que os pensamentos dicotômicos e a ideação ou plano suicida sejam ressignificados pela esperança, autoestima, inserção social, estabilidade familiar, que haja um resgate do sentido da vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Durante a realização do trabalho foi possível identificar as dificuldades e potencialidades, e diante da oportunidade de vivenciar em dois campos, tanto o contexto hospitalar como o clínico, contribuíram de forma ímpar para uma escolha mais assertiva enquanto futura psicóloga, quanto na escolha da abordagem como no campo de atuação. A profissão de psicóloga tem um aspecto fundamental para garantir a confiança aos pacientes, o “sigilo”, no decorrer como discente causou uma preocupação frente a possibilidade de o profissional de psicologia cair num descrédito de suas práticas e éticas propostas.

As contribuições trazidas pelos teóricos nesta pesquisa reforçam a necessidade de se promover estudos sobre o tema, haja vista o fato que cada vez mais o meio em que se vive, povoado por uma gama de informações e cobrança.

Diante da concretização deste trabalho, espera-se que haja o interesse de outros pesquisadores em desenvolver estudos sobre assuntos correlatos à temática abordada. As sugestões apresentadas acima poderão servir como ponto de partida para o desenvolvimento de novos trabalhos.

Desta forma esta pesquisa poderá ser utilizada como fonte de informação uma vez que existem poucos estudos sobre o panorama situacional deste nicho. Pretende-se contribuir para a motivação de estudos acerca do tema como também, em áreas que tenham afinidade com o tema.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **PSICOLOGIA HOSPITALAR: Teoria e prática**. São Paulo: Cengage Learning, 1984. 2ª Edição Revista e Ampliada.

ALMEIDA, Raquel Ayres de. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 94-106, jun. 2010.

ABDO, C.H.N.; SOPHIA, E.C. **Saúde social e psicodrama**: intervenções contra sexo de risco e disfunções sexuais. Ver. Bras. Psicoterapia, 2001, p.229-43.

AZEVEDO, G. E.; ABDO, C. H. N. **Adolescentes de classe média do ensino fundamental**: prática e conhecimento da sexualidade. Artigo. Pediatria. São Paulo: FMUSP, 2006, p.184-90.

BOFF, L. **Ética & eco-espiritualidade**. Campinas, SP: Verus, 2003.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura do. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Volume 10 – Pluralidade Cultural e Orientação Sexual. Brasília, DF: MEC/SEF, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília,DF: SAS-MS, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília, DF: MS, 1993.

BUENO, G. M. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência** [dissertação]. Campinas, SP: Pontifícia Universidade Católica, 2002.

BAPTISTA, Cristiana M. A.; EBEL, Ruth; FORTES, Sandra. Grupoterapia e Dor Crônica. In: BAPTISTA, Cristiana M. A.. **Dor & Saúde Mental**. São Pao: Editora Atheneu Ltda, 2005. Cap. 17. p. 167-180.

BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio dos. PSICOTERAPIA DE GRUPO E CONSIDERAÇÕES SOBRE O PACIENTE COMO AGENTE DA PRÓPRIA MUDANÇA1. **Rev Latino-am Enfermagem**, Santos Ma, v. 3, n. 10, p.383-391, jun. 2002.

CORDIOLI, A. V. et al. Psicoterapia de apoio. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 11, p. 188-203.

DIAS, Natalia Martins; RADOMILE, Maria Eugenia Scatena. A implantação do Serviço de psicologia no hospital: Uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação. 9. ed. Itatiba-sp: Rev. Sbph, 2006. 19 p.

ERIKSON, Erik. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p.70.

FERREIRA-SANTOS, Eduardo. **Psicoterapia Breve: Abordagem sistematizada de situações de crise**. 5. ed. São Paulo: Ágora, 2013. 441 p.

FIORINI, Hector Juan. **Teorias e Técnicas de Psicoterapias**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 253 p.

GABBARD, Glen O.. **Psiquiatria Psicodinâmica: na Prática Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 436 p.

GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro; SOUZA, Ângela Maria Alves e; HOLANDA, Teresa Cristina. Intervenção Psicológica em uma Unidade de Transplante Renal de um Hospital Universitário. **Psicologia Ciência e Profissão**, Ceará, v. 3, n. 25, p.472-483, nov. 2005.

HEGENBERG, Mauro. **PSICOTERAPIA BREVE**. 3. ed. São Paulo: Casapsi Livraria, Editora e Gráfica Ltda, 2010. 149 p. (COLEÇÃO CLÍNICA PSICANALÍTICA).

LIPP; M.E.N., YOSHIDA; E.M.P. **Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos**. São Paulo: Casa da psicologia, 2013.

MELLO, Cláudia Nassralla Homem de et al. Intervenções psicológicas realizadas na clínica onco-hematológica: discussão acerca das possibilidades clínicas apresentadas na literatura. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 5, n. 1, p. 73-99, 2007.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. et al. O SURGIMENTO DA CLÍNICA PSICOLÓGICA: DA PRÁTICA CURATIVA AOS DISPOSITIVOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Minas Gerais: Psicologia Ciência e Profissão, v. 27, n. 4, 2007.**

MELLO, Cláudia Nassralla Homem de et al . Intervenções psicológicas realizadas na clínica onco-hematológica: discussão acerca das possibilidades clínicas apresentadas na literatura. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 5, n. 1, p. 73-99, 2007 .

MASTERS, W.; JOHNSON, V. **O relacionamento amoroso**: segredos do amor e da intimidade sexual. Trad. H. G. Barbosa; C. D. O. Soares; S. L. Carneiro & P. M Rosas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

MASTERS, W.; JOHNSON, V.; KOLODNY, R. **Heterossexualidade**. Trad. M. C. Fernandes. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

MENEZES, M. I. C. B. B. **A gravidez e o projeto de vida**: uma análise das adolescentes grávidas das camadas populares. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1993.

MONTEGOMERY, M. O novo pai, a dimensão da paternidade. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 1993. In: ABREU, A.S.; GARRIDOT, T. S.; IVIS, E. **O pai a espera do parto**: uma visão compreensiva do fenômeno. Rio de Janeiro: Ed. do Autor; 1999.

MORETTI, E.; ROVANI, I. **Os sentimentos das adolescentes em relação à imagem corporal**. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. São Paulo: SBRASH: Iglu, 1996, p.202-219.

OLIVEIRA, Iraní Tomiatto de. Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 1, n. 4, p.39-48, fev. 2002.

OLIVEIRA, Iraní Tomiatto de. O Ludodiagnóstico e a Observação Clínica na Indicação e no Planejamento da Psicoterapia Breve Infantil. In: **Anais Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico**. 2011.

OLIVEIRA, Iraní Tomiatto. **Psicoterapia psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais**. Psicologia: Teoria e Prática 1999, 1(2): 9-19 9.

OLIVEIRA, Iraní Tomiatto de. Psicoterapia breve infantil: revisão da literatura e delineamento de modelos de intervenção. **Encontro Revista de Psicologia**. Vol. XI, Nº 16, ano 2007.

PRESTON, John; VARZOS, Nicolette; LIEBERT, Douglas. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: Paulinas, 2001. 158 p. (Coleção Psicologia e você).

QUINTELLA, Rogerio Robbe. QUESTÕES ACERCA DO DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM O CAMPO MÉDICO E CIENTÍFICO. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 28, n. 60, p. 83-95, jan./mar. 2010.

RABELLO, E.T. e PASSOS, J. S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. Disponível em: www.josesilveira.com Acesso em: 20 de novembro de 2017.

SANTOS; E.F. **Psicoterapia breve abordagem sistematizada de situações de crise**. 5ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Agora, 2013.

SCHNEIDER, Michele Scheffel. Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação?. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar** 2010, Vol. 26 n. 1, pp. 25-33.

SCABELLO, Edilaine Helena. **Desvelando a dor amorosa da infidelidade conjugal: discursos de homens e mulheres**. Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia e Educação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2006.