

Modalidades Terapêuticas em Psiquiatria

Prof Marco Aurelio Soares Jorge

maurelio@fiocruz.br

MODALIDADES TERAPÊUTICAS

Um dos elementos fundamentais para se atribuir o status de “médica” a uma prática é a sua capacidade de relacionar uma intervenção terapêutica a uma enfermidade, para, desta maneira, se obter um resultado positivo, considerando uma melhora ou a cura do quadro anteriormente apresentado. Neste sentido, o processo de formação da Psiquiatria até receber o status de especialidade médica passou pelas tentativas de compor um leque terapêutico que pudesse atender ao objetivo de reinserção social e produtiva daqueles que eram considerados “loucos”, que sob a égide psiquiátrica eram vistos como doentes.

Modalidades Terapêuticas em Psiquiatria

Terapias Físicas e biológicas

Terapias farmacológicas – Psicofarmacoterapias

Terapias Psicológicas - Psicoterapias

As Terapias Físicas ou Biológicas

Durante a segunda e terceira décadas do século XX, começaram a surgir terapias biológicas que abriram horizontes importantes para o tratamento dos doentes mentais, sendo que um dos pesquisadores, o qual criou a malarioterapia e ganhou o Prêmio Nobel, foi o alemão Julius Von Wagner-Juaregg (1857-1940), que introduziu a terapia da febre e transmitiu malária a seus pacientes parésicos (portadores de paralisia geral progressiva).

As Terapias Físicas ou Biológicas

- **Malarioterapia**
- **Insulinoterapia**
- **Choque Cardiazólico**
- **Psicocirurgias**
- **Eletroconvulsoterapias**
- **EMTr**

As Terapias Físicas ou Biológicas

- **Malarioterapia**

Entre as técnicas, a que se mostrou mais proveitosa e “segura” foi a inoculação da malária para se obter os desejados picos febris. Seu “idealizador”, o austríaco Wagner Von Jauregg, se dedicou ao estudo das piretoterapias por vários anos até obter os “satisfatórios resultados” da malarioterapia em 1917, o que lhe rendeu o Prêmio Nobel de Medicina. Na prática, a técnica se baseava na retirada de um pouco de sangue de algum paciente infectado pela malária e na aplicação deste sangue no paciente mergulhando a agulha perpendicularmente, retirando-a lentamente para imitar o máximo possível a picada do mosquito transmissor da doença

As Terapias Físicas ou Biológicas

Insulinoterapia - segundo grande avanço no tratamento de psicoses por choque ocorreu em 1927, com a descoberta de um jovem neurologista e neuropsiquiatra polonês chamado Manfred J. Sakel. Enquanto era residente do Hospital Lichtenfelde para Doenças Mentais, em Berlim, ele provocou um coma superficial em uma mulher viciada em morfina, usando uma injeção de insulina, e obteve uma notável recuperação de suas faculdades mentais. Sakel descobriu acidentalmente, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, que o tratamento era eficaz para pacientes com vários tipos de psicoses, particularmente a esquizofrenia.

As Terapias Físicas ou Biológicas



As Terapias Físicas ou Biológicas

Em 1933, no mesmo ano que Sakel anunciou oficialmente seus resultados com a terapia por coma insulínico, um jovem médico húngaro chamado Ladislaus von Meduna, trabalhando em Budapeste, deu início àquilo que se tornaria uma abordagem inteiramente nova para o uso do choque fisiológico no tratamento da doença mental. Sem saber das investigações de Sakel, Meduna estudou os cérebros e as histórias de doença mental de esquizofrênicos e epiléticos, e notou que parecia existir um "antagonismo biológico" entre estas duas doenças do cérebro. Meduna raciocinou então que convulsões epiléticas "puras" induzidas artificialmente poderiam ser capazes de "curar" a esquizofrenia.

□ Em 1934 o neuropsiquiatra húngaro Ladislav von Meduna começou o seu trabalho com a terapia convulsiva, desenvolvendo, inicialmente, o tratamento convulsivo induzido por cânfora intramuscular e, posteriormente, pelo cardiazol intravenoso. As convulsões ocasionadas pelo cardiazol ocorriam rápida e violentamente e eram difíceis de controlar. Às vezes, eram tão severas que causavam fraturas espinhais nos pacientes. Com a chegada de outros métodos para tratar pessoas com transtornos mentais, como os psicofármacos e a eletroconvulsoterapia, o cardiazol foi gradualmente descontinuado no final dos anos 40 e não mais utilizado. Hoje, sua importância é unicamente histórica.

As Terapias Físicas ou Biológicas

O neurologista português Egas-Muniz, também ganhador do Prêmio Nobel, criou a lobotomia pré-frontal e a utilizou em pacientes que não respondiam a outras medidas terapêuticas, bem como em obsessivos e melancólicos. A primeira lobotomia foi realizada em 1935.

Terapias Físicas ou Biológicas

As psicocirurgias (lobotomias, leucotomias), nas quais são destruídas regiões cerebrais específicas, foram utilizadas como tratamento de doentes mentais na década de 40.

Nas décadas de 40 e 50, a ECT é amplamente utilizada nas mais diversas patologias psiquiátricas como esquizofrenia, depressão, mania, síndromes mentais orgânicas, etc. Atualmente ainda é indicada para alguns quadros, com grandes restrições.

Vem sendo progressivamente substituídas, a partir de 1955, pela psicofarmacoterapia

Terapias Biológicas

A eletroconvulsoterapia (ECT), também conhecida por eletrochoque, é um tratamento psiquiátrico no qual são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro induzidas por meio de passagem de corrente elétrica, sob condição de anestesia geral. Desenvolvida por volta de 1930, hoje em dia é um método utilizado mais no tratamento da depressão grave, sendo também usada para tratar a esquizofrenia, a mania, a catatonia e a doença bipolar.

É um procedimento que consiste na indução de convulsões generalizadas pela passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro.

ECT

O início do desenvolvimento da ECT ocorreu em 1934, quando Ladislav von Meduna relatou o tratamento bem sucedido da catatonia e de outros sintomas esquizofrênicos com convulsões induzidas farmacologicamente. Meduna utilizou esse método com base nas observações prévias de que os sintomas esquizofrênicos freqüentemente diminuían após uma convulsão e de que, conforme se supunha incorretamente, a Esquizofrenia e a Epilepsia não poderiam coexistir em um mesmo paciente, de modo que a indução de convulsões poderia “livrar” o paciente da Esquizofrenia. As convulsões induzidas por metrazol foram usadas como um tratamento eficaz durante quatro anos, antes da introdução das convulsões eletricamente induzidas.

ECT

em Roma, em abril de 1938, Ugo Cerletti e Lucio Bini administraram o primeiro tratamento eletroconvulsivo. Os principais problemas associados à ECT eram o desconforto do paciente em geral e as fraturas decorrentes da atividade motora durante a convulsão. Esses problemas foram eliminados pelo uso da anestesia geral e dos relaxantes musculares durante o procedimento.

As máquinas modernas de ECT produzem pulsos elétricos breves 1 a 2 milissegundos, ao contrário das máquinas mais antigas que emitem pulsos que liberam uma maior fração de energia. A máquina deve possuir uma ampla variedade de dosagens de estímulo programáveis, permitindo um tratamento de acordo com o limiar convulsivo individual.

ECT

Entre as principais indicações para o uso da ECT, estão a Depressão Maior psicótica, o delirium maníaco, a catatonia maligna, o estupor depressivo, a psicose resistente à farmacoterapia e a Depressão Maior no idoso.

Todos os pacientes e/ou seus familiares responsáveis, devem assinar um termo de consentimento informado que inclua a natureza e a gravidade do transtorno psiquiátrico, seu curso provável sem ECT, a natureza do procedimento, o risco e o benefício e as alternativas terapêuticas, incluindo a opção de não tratar o problema.

ECT

O número de sessões de ECT é variável, sendo medido por meio da resposta clínica. Em média, são necessárias de 6 a 8 sessões. Contudo, alguns pacientes necessitam até 20 sessões. Os tratamentos são administrados no início da manhã, em dias alternados, duas ou três vezes por semana. Parece não haver diferença no desfecho final entre esses regimes, com exceção de uma melhora mais rápida no tratamento realizado 3 vezes por semana



ECT

Pela Resolução CFM 1.640, o tratamento só pode ser feito com o consentimento informado do paciente, por escrito, e em local que assegure a privacidade. Nas situações em que o paciente “não apresentar condições mentais ou etárias para fornecer o consentimento informado”, este poderá ser obtido com seus familiares ou responsáveis. Na impossibilidade de obter esses consentimentos, o médico que indicar a ECT será responsável pela mesma, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico.

A ECT tem indicações precisas e específicas, cujas principais são: depressão maior unipolar e bipolar; mania – em especial, episódios mistos e psicóticos; certas formas de esquizofrenia, em particular a catatônica; transtornos esquizoafetivos; estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas, em pacientes que apresentem impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

EMTr

– EMTr (estimulação magnética transcraniana repetitiva). Desenvolvida em 1975 por Baker, consiste na aplicação de estímulos magnéticos repetidos na área central da calota craniana. Uma bobina de estimulação que gera um campo magnético produz esses estímulos que correm através do crânio sem que isto provoque resistência. Ao alcançar o tecido cerebral despolariza os neurônios corticais e gera potenciais de ação (transformação de um campo magnético em impulso elétrico: lei de Faraday).



Psicofarmacoterapias

- A psicofarmacoterapia até recentemente, era basicamente empírica.
- Os efeitos das drogas utilizadas eram alcançados por acaso.
- Os mecanismos biológicos do adoecimento até hoje são mal conhecidos.

Psicofarmacoterapia

SS

- ❑ 1954 – Meprobamato – primeiro sedativo não barbitúrico. usado inicialmente como relaxante muscular.
- ❑ 1955 – 1958 – Antidepressivos:
- ❑ Tricíclicos – Imipramina. Usada inicialmente como anti histamínico e analgésico
- ❑ IMAO – Derivados da isoniazida e iproniazida. Usados no tratamento da tuberculose
- ❑ 1960 – Clordiazepóxido – Primeiro benzodiazepínico. Utilizado inicialmente no amansamento de animais.

Psicofarmacoterapias

- Os psicofármacos de primeira geração:
 - Neurolépticos;
 - Antidepressivos: Tricíclicos
- IMAO
 - Lítio.

- Todos foram descobertos ao acaso, na observação dos seus efeitos colaterais

Psicofarmacoterapias

- Quando as drogas são ingeridas, absorvidas no trato gastrointestinal e levadas ao fígado pelo sangue, ocorre a biotransformação para que a droga possa ser excretada e eliminada do corpo.
- A enzima P-450 é fundamental para a conversão da droga (substrato medicamentoso) em produto que pode ou não ter efeitos semelhantes a droga inicial.

Princípios da Psicofarmacoterapia

- **Janicak, em 1996 desenvolveu 7 princípios úteis:**
 - É necessário fazer uma avaliação diagnóstica para uma correta prescrição;
 - A administração de medicamentos isoladamente é insuficiente para o tratamento dos transtornos mentais;
 - É importante determinar a fase da doença para se traçar a intervenção terapêutica;
 - A formulação da estratégia de tratamento deve levar em conta a relação custo benefício;
 - É necessário considerar a história prévia de contato com o medicamento;
 - É importante definir os sintomas-alvo do tratamento;
 - É necessário observar o aparecimento de efeitos adversos

Novos Medicamentos

- 1952- Clorpromazina – utilizada pela primeira vez no tratamento da esquizofrenia.
- Útil na contenção da agitação psicomotora e no tratamento dos casos de mania.
- A clorpromazina, um derivado fenotiazínico, foi sintetizada em 1883 e utilizada inicialmente como anti-helmíntico, anti-séptico e inseticida

As Psicoterapias

Podemos denominar como psicoterapia toda a intervenção terapêutica em que se prioriza a relação do paciente com o terapeuta, utilizando os recursos das linguagens verbais ou não, possibilitando, com isso, a remissão dos sintomas ou a superação dos conflitos subjacentes. O paciente deve poder compartilhar suas angústias, seus pensamentos íntimos e suas fantasias com seu terapeuta. Em contrapartida, o terapeuta deve ter uma atitude receptiva, ajudando-o na superação de seu sofrimento, não emitindo qualquer juízo de valor sobre os fatos relatados.

As Psicoterapias

As psicoterapias podem ser individuais, nas quais a relação é dual, ou seja, o paciente se encontra com um terapeuta em local e hora predeterminados. As terapias grupais se caracterizam pela reunião de vários pacientes, cujo número pode ser diverso.

Nas terapias grupais, pode haver também mais de um terapeuta presente nas sessões. O número de pacientes e de terapeutas dependerá da técnica ou dos objetivos do grupo, mas devemos estar atentos para não formarmos grupos muito numerosos e com isso não darmos oportunidades de participação a todos os membros do grupo.

Outras terapias existentes são a familiar e a de casal, que podemos considerar como uma terapia de grupo com um grupo bastante específico e singular, exigindo assim toda uma abordagem diferenciada.

As Psicoterapias

1. – A Psicanálise
2. – Terapia Cognitivo-comportamental

Terapias de Grupo

- **Kurt Lewin**
- **Psicanálise de grupo**
- **Psicodrama**
- **Grupo Operativo**

A PSICANÁLISE

A psicanálise é uma técnica específica de investigação da mente humana, assim como uma terapia criada a partir desta investigação (Laplanche & PONTALIS, 1977).

Foi Sigmund Freud que formulou toda a base da teoria que denominamos psicanálise. Ele publicou, em 1895, “Estudos sobre a Histeria”, a partir da observação de pacientes histéricas, em que desenvolveu uma teoria da sexualidade para explicar a etiologia das neuroses. Em 1900, publicou “A Interpretação dos Sonhos”, construindo um modelo de funcionamento do aparelho psíquico, a “primeira tópica”, constituída de “Inconsciente”, “Pré-consciente” e “Consciente”. Em 1923, definiu a “segunda tópica”, que compreende o “Id”, “Ego” e “Superego”.

A PSICANÁLISE

Seu conjunto de obras é de extrema importância, pois foi ele que pela primeira vez descreveu o funcionamento do aparelho psíquico e desvendou a origem das neuroses, não mais sendo vistas como de origem orgânica, mas desencadeadas por mecanismos inconscientes do psiquismo humano relacionados à história do sujeito. Seus trabalhos e dos seus seguidores tiveram grande influência em outros campos do conhecimento como as ciências humanas e sociais, artes, música, etc.

Freud pôde perceber que os distúrbios e queixas de natureza hipocondríaca ou histérica, na maioria dos pacientes, estavam relacionados a sentimentos recalçados cuja origem eram experiências sexuais perturbadoras. Assim ele construiu a tese de que a ansiedade que se manifestava através dos sintomas (neurose) era conseqüência da energia (libido) ligada à sexualidade. A energia recalçada tinha expressão nos vários sintomas neuróticos. Essa energia não se apresentava consciente. A revelação do “recalque” inconsciente era obtida pelo método da livre associação e pela interpretação dos sonhos (conteúdo manifesto e conteúdo latente) (FREUD, 1976).

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A TCC centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia, sendo que seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. Na TCC procura-se definir claramente objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidas pelo paciente. Enquanto que a Terapia Cognitiva é uma abordagem onde os fatores cognitivos são os principais fatores envolvidos na etiologia dos transtornos psiquiátricos, já a abordagem comportamental valoriza os fatores ambientais e a forma como um organismo interage com o meio (Cordioli et al, 2008).

No início do processo terapêutico, deve-se explicar ao paciente o que são pensamentos automáticos, e avaliar se são funcionais (em conformidade com a situação) ou disfuncionais (distorção do conteúdo), procurando modificar os que são disfuncionais, aliviando assim os sintomas (Beck, 1997)

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Fundamenta-se em tres principios basicos:

A atividade cognitiva influencia o comportamento

A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada

O Comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitica

As Psicoterapias



A Tríade Cognitiva da Depressão (Beck, 1976)

Visão negativa:

- ✓ **do Próprio** (auto-crítica como *“Não tenho valor”*)
- ✓ **do Mundo** (pessimismo generalizado como *“Não posso confiar em ninguém”*)
- ✓ **do Futuro** (desesperança como *“A minha vida nunca vai melhorar”*)





Figura 2 – Ciclo cognitivo do medo para o transtorno de pânico

COMPETÊNCIAS GERAIS

Desenvolver uma aliança terapêutica
Avaliar o humor do doente
Elaborar um plano
Laços entre as sessões
Revista dos TPCs
Resumos – sínteses
Solicitação de um feedback durante a sessão
Estilo colaborativo
Descoberta guiada
Gestão do fluxo de assuntos por sessão
Ritmo- utilização eficaz do tempo
Familiarização com a TC: Teoria
Familiarização com a TC: Terapia
Foco sobre as cognições e os comportamentos-chave
Clarificação dos pensamentos automáticos
Avaliação dos pensamentos automáticos
Identificação dos pensamentos disfuncionais
Avaliação dos pensamentos disfuncionais
Resolução de problemas
Estabelecimento de tarefas realistas
Resumo da sessão
Procura feedback no fim da sessão

INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

Introdução à reestruturação dos pensamentos disfuncionais
Partilhar a conceptualização com o doente
Psico-educação
Análise custo/benefício
Jogo de papéis racional/emotivo
Jogo de papéis para desenvolver competências
Exposição em imaginação
Exposição ao vivo
Revisão/reestruturação das experiências infantis
Outros

Tabela 1 – Exemplos de distorções cognitivas

Distorções cognitivas

- 1. Catastrofização** - Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável. Exemplos: *"Perder o emprego será o fim da minha carreira"*. *"Eu não suportarei a separação da minha mulher"*. *"Se eu perder o controle será meu fim"*.
- 2. Raciocínio emocional (emocionalização)** – Presumir que sentimentos são fatos. Pensar que algo é verdadeiro porque tem uma emoção (na verdade, um pensamento) muito forte a respeito. Deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Presumir que as reações emocionais necessariamente refletem a situação verdadeira. Exemplos: *"Eu sinto que minha mulher não gosta mais de mim"*. *"Eu sinto que meus colegas estão rindo às minhas costas"*. *"Sinto-me desesperado, portanto a situação deve ser desesperadora"*.
- 3. Polarização (pensamento tudo-ou-nada, dicotômico)** – Ver a situação em duas categorias apenas, mutualmente exclusivas, ao invés de um *continuum*. Perceber eventos ou pessoas em termos absolutos. Exemplos: *"Deu tudo errado na festa"*. *"Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso"*. *"Ou algo é perfeito, ou não vale a pena"*. *"Tudo foi uma perda de tempo total"*.
- 4. Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo)** – Um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (ou mesmo neutra) de toda uma situação é realçada, e todo restante positivo não é percebido. Exemplos: *"Veja todas as pessoas que não gostam de mim"*. *"A avaliação do meu chefe foi ruim"* [focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos].
- 5. Leitura mental** – Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Exemplos: *"Ela não está gostando da minha conversa"*. *"Ele está me achando inoportuno"*. *"Ele não gostou do meu projeto"*.
- 6. Rotulação** – Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa, ou situação, ao invés de rotular a situação ou comportamento específico. Exemplos: *"Sou incompetente"*. *"Ele é uma pessoa má"*. *"Ela é burra"*.
- 7. Minimização e maximização** – Características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações são minimizadas enquanto o negativo é magnificado. Exemplos: *"Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem"*. *"Obter notas boas não quer dizer que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que eu"*.
- 8. Imperativos ("Deveria" e "Tenho-que")** – Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, ao invés de simplesmente focar em como as coisas são. Afirmativas absolutistas na tentativa de prover motivação ou modificar um comportamento. Demandas feitas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as conseqüências do não cumprimento destas demandas. Exemplos: *"Eu tenho que ter controle sobre todas as coisas"*. *"Eu devo ser perfeito em tudo que faço"*. *"Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa"*.

As Psicoterapias de Grupo

Os grupos:

propiciam espaços de encontros e possibilidades de fala e escuta. coletivizam o sofrimento individual

contribuem para que as experiências possam ter significados e sentidos na vida das pessoas, proporcionando possíveis mudanças, enfrentamentos e transformações qualitativas.

está fundamentada na crítica a uma concepção de subjetividade relacionada à noção de identidade individual. (clínica intimista que tem, entre seus vários efeitos danosos - o de reproduzir a dissociação entre individual e social)

Essa lógica remete o indivíduo a buscar "dentro de si" as causas de seus sofrimentos. Assim, ele é o ponto de chegada e o ponto de partida de suas angústias e dores, como se estivesse em sua mente ou em seu corpo a causa e a cura das dores .

As Psicoterapias de Grupo

A visão grupalista, aponta no sentido de problematizar a questão que é comumente pautada na concepção de indivíduo versus sociedade, e conseqüentemente, de psicologismo versus sociologismo. Assim, o grupo se impõe como uma tentativa de romper com essas dicotomias, não apenas se colocando em um lugar intermediário entre o individual e o social, ou entre o sujeito e o coletivo, mas compreendendo o grupo como um dispositivo, como aquilo que possibilita o funcionamento dos modos de subjetivação (Jorge, 2009)

Definição de Grupos

Um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes do tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade. Podemos dizer então que estrutura, função, coesão e finalidade, juntamente com o número determinado de integrantes, configuram a situação grupal que tem seu modelo natural no grupo familiar (Pichon Riviere, 1994).

Origem psicoterapia de grupo

□ EUA

- 1905 – **Pratt** clínico geral tuberculosos usou as emoções coletivas com finalidades terapêuticas
 - propósito educacional
 - reuniões semanais de orientação 25 pessoas
 - caráter solidário do grupo
 - adoção modelo para doentes mentais
-

Origem psicoterapia de grupo

- 1920 – **Lazell** abordagem **psicanalítica** de temas variados com esquizofrênicos internados

 - 1925 – **Burrow** grupo com pacientes não psicóticos ambulatoriais, estimulando-os a exporem abertamente seus sentimentos
-

Origem psicoterapia de grupo

□ **Áustria**

- 1910/14 – **Moreno** - grupos de discussão e auto-ajuda

- . importância espontaneidade e criatividade
- . benefício terapêutico da representação de situações de conflito

. 1921 – Psicodrama

. 1925 – em NY, cria termo “psicoterapia de grupo”

□ **EUA**

- 1930 – **Slavson e Lewin**

Origem psicoterapia de grupo

- traumas II GM aumentam demanda tratamento – terapia de grupo como alternativa para absorver demanda e grande impulso para discussões técnicas de inspiração psicanalítica
 - homogêneos ou heterogêneos
 - atuação ou passividade do terapeuta
 - número participantes
 - abertos ou fechados
 - frequência sessões
 - duração tratamento
 - terapia individual concomitante ou não
-

Fundamentos da Psicoterapia de Grupo

□ papel do terapeuta

- manter vínculo dos pacientes com ele e dos pacientes entre si - a mudança é obtida a partir das intervenções do terapeuta e do grupo
 - o terapeuta é membro do grupo
 - facilitar a participação e interação dos membros para que verbalizem livremente pensamentos e sentimentos
 - encorajar novas soluções para dificuldades intrapsíquicas e interpessoais em ambiente de tolerância
 - estimular e fortalecer a experiência emocional imediata no relacionamento com o grupo
-

Fundamentos da Psicoterapia de Grupo

- o paciente como agente da própria mudança
 - auto-revelação
 - aprendizagem por intermédio do outro
 - feedback
 - amadurecimento = suportar diferenças e sentimentos conflitantes
-

Psicanálise

rigor teórico-metodológico e objetivo de tornar consciente o inconsciente, no campo individual ou grupal

A Psicanálise e os grupos

Relação entre Psicanálise segundo seu modelo individual e a Psicanálise grupal

□ **Psicanálise no grupo - análise individual no grupo**

escola americana Silder e Slavson- oposição homem-sociedade, cura pela análise motivações intra-individuais

□ **Psicanálise de grupo – análise do grupo**

escola inglesa Bion, Foulkes, Grimberg, Langer, Rodrigué- o grupo tem uma estrutura básica e o sujeito integra uma mentalidade grupal; assimilação identidade grupal por parte do indivíduo

A Psicanálise e os grupos

□ Psicanálise centrada no grupo

Pichon-Rivière – qualquer grupo é um conjunto operativo que tem várias tarefas – o grupo terapêutico visa a cura; ênfase na **interação** de seus membros e aspectos inconscientes **motivadores**

Foulkes

- grupo como um todo social, mais do que a soma das partes
 - a psicanálise de grupo expõe a defasagem entre os desejos individuais e a sociedade
 - analista é observador participante, procurando criar uma situação especial com o objetivo de limitar o alcance dessa defasagem para o sujeito (tornar conscientes os aspectos inconscientes)
-

Bion

- emoções intrínsecas ao vínculo entre dois objetos: amor, ódio e conhecimento
 - todo conhecimento se origina de experiências de caráter emocional, em relação com a ausência do objeto
 - o conhecimento de si mesmo e de outros conhecimentos se dá na medida em que suporta a frustração
 - pensamento surge da experiência não realizada ou diferente da desejada
-

Bion

- terapia de grupo permite catarse e aquisição de conhecimento

- terapeuta é integrante do campo de investigação

- níveis de funcionamento simultâneos

- grupo de trabalho – voltado para aspectos conscientes de determinada tarefa

- grupo de pressupostos básicos – dinâmica inconsciente

- .dependência – vínculo com líder de natureza simbiótica

- . luta e fuga – ansiedades paranóides

- . pareamento – ansiedades maníacas

Marcos históricos

- 1931 – Moreno “oficializa” psicoterapia de grupo no contexto psiquiátrico, onde define pela primeira vez “terapia de grupo” e “psicoterapia de grupo”
 - 1954 – I Congresso Internacional Psicoterapia de Grupo (Toronto)
 - 1963 – no Conselho Internacional de Psicoterapia de Grupo “analistas de grupo e psicodramatistas finalmente juntos”
-

Grupo: múltiplas significações?*

- o grupo é mais do que a soma das partes, tendendo ao equilíbrio, configurando um campo dinâmico de forças pensadas em relação ao todo (Lewin)
- o grupo é um agregado de indivíduos, sendo a grupalidade uma qualidade inalienável do ser humano; é uma totalidade psicológica, unidade indivisa (Bion)
- o grupo é um objeto de investimento pulsional, lugar de intercâmbio entre inconscientes, que produzem fantasma ... é uma relação imaginária (Anzieu, Pontalis, Kaës)

*apud Benevides de Barros, 1977

Grupo: múltiplas significações?*

- o grupo é um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que se constitui em sua finalidade (Pichon-Rivière)

Grupo: múltiplas significações?*

- permanências: o grupo é um todo, uma estrutura, uma unidade abstrata, um intermediário entre o indivíduo e a sociedade
- inquietações: o grupo é um composto, um emaranhado, um processo, um dispositivo de subjetivação

FIM