

© Publication prohibited without prior permission



O PAPEL DO PSICANALISTA CLINICO NO HOSPITAL

DR WAGNER PAULON

Couch of Sigmund Freud, Freudmuseum, London

1981 - 2007



created using
**BCL easyPDF
Printer Driver**

[Click here to purchase a license to remove this image](#)

◆ O PAPEL DO PSICANALISTA CLÍNICO NO HOSPITAL◆

A - CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	2
I -B - O QUE A PSICANÁLISE E O PSICANALISTA TÊM A OFERECER À CLÍNICA DE HOSPITAL SOMÁTICO OU PSIQUIÁTRICO?.....	3
II -C - RELATOS DE ESFORÇOS TERAPÊUTICOS.....	8
III -D - O LUGAR QUE A PSICANÁLISE CLÍNICA E O PSICANALISTA, PODEM OCUPAR NOS HOSPITAIS SOMÁTICOS E PSIQUIÁTRICOS.....	12
IV -E - POTENCIAL TERAPEUTICO.....	18

◆ ANEXO ◆

1 PSICOGALVANOMETRIA? O QUE É?.....	21
2 TESTE DE FOBIAS.....	22
3 HYPNOTERAPIA.....	23
4 CONCLUSÃO.....	23
5 PSICOGALVANÔMETRO DIGITAL ,COMO FUNCIONA ELETRONICAMENTE.....	23
6 RESUMO.....	24
7 EPÍLOGO.....	26

◆ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ◆

PAG 27

O PAPEL DO PSICANALISTA CLÍNICO NO HOSPITAL

TESE
DR.WAGNER PAULON
1.974

A - CONSIDERAÇÕES GERAIS

A Psicanálise Clínica é geralmente considerada como método de tratamento que tem sua melhor aplicação em certos tipos de neurose.

Tais estados se encontram em contrastes com ao que são mais comumente encontrados nos HOSPITAIS GERAIS E CENTROS PSIQUIÁTRICOS.

Os casos de neuroses que lá encontramos são caracterizados por sintomas tão graves, que impedem o paciente de levar uma vida normal, com seus compromissos e em relação ao lar e trabalho.

Os hospitais são também ocupados por pacientes que sofrem de formas diferentes de perturbação mental:

as psicoses orgânicas e funcionais.

Tais pacientes não se consideram enfermos.

O observador imparcial pode, justificadamente, perguntar o que pode um PSICANALISTA CLÍNICO fazer de útil se estiver trabalhando num HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ou SOMÁTICO, confrontando com várias centenas de pacientes cujas condições são geralmente inadequadas para seu método de tratamento?

Que contribuição pode-o prestar à terapia e ao tratamento?

O propósito desta é tentar responder estas perguntas.

Antes de fazê-lo, contudo, é necessário relembrar que, para desordens mentais graves, não dispomos, até o momento, de nenhum tratamento etimologicamente fundamentado.

Aos atuais métodos de tratamento (terapia de eletrochoque e as várias drogas tranqüilizantes e antidepressivas), são medidas SINTOMÁTICAS.

Não combatem as causas do funcionamento mental anormal, mas apenas mantêm sob controle as manifestações clínicas mais perturbadoras.

É quase impossíveis predizer seu efeito no caso individual, e o tratamento do paciente não pode basear inteiramente em sua aplicação.

Isto implica em que estas medidas físicas só podem ser encerradas como um dos aspectos de abordagem terapêutica.

Outras considerações devem ser levadas em conta quando se planeja o tratamento de um paciente.

É AQUI QUE A PSICANÁLISE E O PSICANALISTA TÊM UM PAPEL A DESEMPENHAR.

I

B - O QUE A PSICANÁLISE E O PSICANALISTA TÊM A OFERECER À CLÍNICA DE HOSPITAL SOMÁTICO OU PSIQUIÁTRICO?

Antes de apresentar um relato acerca do que a PSICANÁLISE e o PSICANALISTA têm a oferecer à Clínica de hospital somático ou psiquiátrico, ou de detalhar as dificuldades que tais empreendimentos acarretam, é necessário oferecer uma definição operante da psicanálise.

Psicanálise é uma CIÊNCIA e uma TÉCNICA que tem por finalidade a interpretação do inconsciente humano, visando através de diversos processos de avaliações e de modernos recursos terapêuticos ou seja:

1	ELETROTERRAPIA TRANSCEREBRAL,
2	HIPNOSE INSTRUMENTAL,
3	PSICOGALVAMETRIA DIGITAL SRG ,
4	PSICOSTAT SRG auditivo,
5	ELETROANESTHESIA etc.,

diminuir os estados de tensões, resultantes de inaptações vivenciais, educacionais, profissionais, morais, religiosas e pessoais, visando equilibrar emocional e psiquicamente os Sóciopatas e todos os portadores de distúrbios do comportamento geral, usando apenas os recursos da exortação, do bom senso, da reeducação pessoal e os modernos recursos terapêuticos já citados acima.

A psicanálise também oferece uma série de conceitos e hipóteses, cujo propósito é explicar como e porque surgem os sintomas e sinais das diferentes doenças mentais.

Os conceitos psicanalíticos são de dois tipos:

1o Os conceitos descritivos que identificam os fenômenos clínicos específicos,

2o Os conceitos explanatórios que fornecem uma descrição de como surgem certos fenômenos.

Exemplo dos primeiros é o fenômeno da resistência, que inevitavelmente aparece no tratamento de uma doença psiconeurótica, uma ilustração dos segundos é fornecer pelo conceito das repressões.

Este conceito oferece uma explicação de porque certos pensamentos, desejos ou lembranças é automaticamente afastado da consciência e não podem ser trazidos de volta quando se quer.

O emprego desse tipo de conceitos permite que se realize uma comunicação entre aqueles que se acham diretamente interessados no cuidado e no tratamento do paciente.

Uma apreciação completa do modo pelo qual psicanalista pode influenciar benéficamente a doença de um paciente é inteiramente impossível, sem que se tenha uma certa familiaridade com as principais características da teoria psicanalítica da formação de sintomas.

A psicanálise oferece uma teoria desenvolvimental do funcionamento mental.

Os processos mentais são encarados como simples e não organizados ao nascimento, mas à medida que o indivíduo cresce, eles se tornam complexos e integrados.

Na doença mental, há uma perda das capacidades psicológicas mais avançadas e estas são substituídas por funções que foram outrora apropriadas para um estágio primitivo do desenvolvimento mental.

É muito comum, por exemplo, que a criança fique com medo quando está sozinha.

Há certas formas de neurose nas quais o paciente se sente aterrorizado por ser deixado sozinho em casa ou por andar só na rua.

Aqui, parecia que a capacidade adulta-independência e autoconfiança foram perdidas e substituídas por um estado mental que fora outrora apropriado para a infância.

Esta teoria que tenta explicar os sintomas mentais como sendo,

Primeiro, a perda das capacidades adultas,

Segundo, a sua substituição por atividades apropriadas a estágios primitivos da vida mental,

baseia-se principalmente em idéias apresentadas por Hughlings Jackson, médico inglês do século XIX, a fim de explicar a modalidade dos sintomas da doença neurológica.

Ele, por sua vez, derivava sua teoria da evolução e dissolução do distúrbio nervoso da obra do filósofo inglês Herbert Spencer.

Em termos simples, então os sinais e sintomas das moléstias neuróticas e psicóticas são de dois tipos:

A - UMA DAS CATEGORIAS CONSISTE NAS CAPACIDADES E HABILIDADES QUE FORAM PERDIDAS.

B - A SEGUNDA CATEGORIA ABRANGE TODOS OS PENSAMENTOS, IDÉIAS, EMOÇÕES E EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS INAPROPRIADAS E IRRACIONAIS, QUE SE ACHAVAM AUSENTES ANTES DO DESENCADEAMENTO DA DOENÇA.

Em perturbações mentais como as esquizofrenias e as melancolias, o paciente perdeu o uso de várias das funções mentais necessárias a uma adaptação ambiental satisfatória.

A falta, o pensamento voltado para a realidade, a capacidade de concentrações, os poderes perceptivos e a memória podem estar desorganizados.

A psicanálise descreveu todas cognitivas altamente desenvolvidas, tal como operam no indivíduo sadio, juntamente com o conceito de ego, e contrastou-as com os processos inorganizados e indiferenciados do id.

Os pacientes psicóticos perdem a capacidade de se relacionar com os outros, e esta perturbação nos relacionamentos é uma característica marcante de tais estados.

O paciente pode tornar-se insensível, abstraído e indiferente quanto aos que o cercam.

Além dessas mudanças, o paciente apresenta um grande número de manifestações novas e fora de comum.

Nutre idéias irracionais que insiste serem corretas, apesar das contradições apresentadas pela realidade.

Pode experimentar falsas percepções (alucinações) e seu pensamento assume uma qualidade mágica:

OS DESEJOS, BONS OU MAUS, SE TORNAM REALIDADE

Esses fenômenos delirantes e alucinatórios assumem agora, para o paciente, uma importância maior que o mundo da realidade.

Os objetos fantasiosos dos delírios e das alucinações parecem substituir as antigas relações com pessoas reais.

Há breves ocasiões, entretanto, em que o paciente parece recuperar sua antiga capacidade de relacionar-se com os outros, e isto proporciona uma oportunidade para a intervenção terapêutica.

Os psicanalistas acreditam que a nova realidade do paciente é a expressão de uma realidade psíquica exposta pela doença.

Sua segunda realidade, ou realidade psíquica, permanece reprimida no indivíduo sadio.

Novas manifestações aparecem também na vida instintiva do paciente.

Em situações onde pode ter sido gentil e atencioso, torna-se agora impulsivamente agressivo.

Muito há uma grande ansiedade quanto à sua identidade sexual.

Teme estar mudando de sexo, pode notar sinais disso em seu corpo e obter confirmação nas atitudes dos que o cercam.

Torna-se preocupado com o homossexualismo e pode realmente experimentar sentimentos homossexuais.

Surgem também outros fenômenos que não se necessita examinar aqui.

No caso das neuroses graves, os pacientes não apresentam a ampla perda das funções mentais característica do paciente que sofre de uma psicose.

Eles mantêm a capacidade de se comunicar através da fala e, assim, perturbados, primordialmente, em seu relacionamento com os outros.

Entretanto, a natureza desse distúrbio é quase qualitativa distinta daquela do paciente psicótico.

O paciente neurótico não se afasta dos outros, nem usa como substituto uma realidade falsa constituída por objetos de delírio, como faz o paciente psicótico.

Ele se apegando ainda mais às pessoas que o cercam, mas este apego é de um tipo muito especial.

Ele não pode existir sem seus objetos (empregando um termo psicanalítico) e lhes faz grandes exigências.

É aqui que se pode notar indicações de atitudes mentais que, embora novas na vida adulta, caracterizam outrora o comportamento da primeira infância posterior.

É esta perturbação das relações interpessoais que freqüentemente conduz à hospitalização, uma vez que os que cercam são incapazes de fornecer-lhe a segurança e a satisfação pela quais está se esforçando.

A posição psicanalítica é a de que ambas as categorias de enfermidade na neurose e na psicose há, em diferentes graus, uma perda das funções mentais adultas e sua substituição por atitudes sentimentos, desejos e idéias apropriadas a fases iniciais do desenvolvimento infantil.

A psicanálise utiliza o conceito de regressão para descrever este movimento para trás da vida mental, de um estado mais adiantado para outro menos adiantado.

Nas psicoses, ocorrem também algo mais.

A forma pela qual o mundo e os que nele se acham são percebidos pelo paciente e não é semelhante a nada que já tenha sido experimentado, mesmo na infância.

É como se uma espécie de função mental irrompesse na consciência, possuindo características semelhantes aos sonhos do indivíduo sadio.

No entanto, o fato decisivo para o psicanalista é que, mesmo na psicose, a totalidade da vida mental não é desorganizada pela doença.

A regressão é o movimento para trás do funcionamento mental e as desorganizações do ego não são completas.

Há sempre uma certa capacidade para estabelecer relacionamentos e resquícios de um funcionamento cognitivo sadio, mesmo nos pacientes mais perturbados.

No caso da neurose, o problema é diferente.

O paciente pode relacionar-se com o psicanalista, psiquiatra ou enfermeiro, mas a qualidade do relacionamento nem sempre auxilia os esforços terapêuticos.

II

C - RELATOS DE ESFORÇOS TERAPÊUTICOS

Quando a Psicanálise pela primeira vez se defrontou com desordens mentais que exigiam hospitalização, o principal interesse dos clínicos foi descobrir até que ponto o método era aplicável a tais condições.

Relatos de esforços terapêuticos surgem na literatura psicanalítica inicial.

Em 1926, foi criado na Alemanha um HOSPITAL PSICANALÍTICO, onde pacientes psicóticos, viciados em drogas, e neuróticos graves podiam ser tratados.

Logo se tornou aparente (Simmel,1929) que o tratamento psicanalítico de pacientes gravemente enfermos era um empreendimento muito mais complicado e difícil que a psicanálise das neuroses.

Era necessário fornecer condições que assimilassem prontamente os concomitantes afetivos da doença e da terapia, os quais se entrelaçavam rapidamente.

As reações ao Psicanalista, descritas através do conceito de transferência, não se confinavam ao consultório, apesar da interpretação, mas estendiam-se facilmente a outros membros da equipe hospitalar e a outros pacientes.

Vínculos intensos e ambivalentes desenvolviam-se com a equipe de enfermagem, vínculos excluídos da situação de tratamento.

A fim de lidar com esses problemas teve que ser estabelecido um estreito contrato entre os PSICANALISTAS E A EQUIPE DE ENFERMAGEM.

O intercâmbio de informações que se realiza em tais reuniões possuía o efeito de fazer o pessoal do hospital compreender que a conduta do paciente do hospital era, acima de tudo, devida à repetição de relacionamentos infantis emocionalmente carregados, isto é, a transferências.

Este conhecimento possibilitou que atendentes e enfermeiros encarassem o paciente e suas reações com o hospital sob um novo ângulo.

A possibilidade de utilizar o método psicanalítico com pacientes hospitalizados foi rapidamente exercido por (psiquiatras americanos).

De fato, Sullivam (1932), no Sheppard and Enoch Pratt Hospital, em Baltimore, estava tratando de pacientes esquizofrênicos através de uma psicoterapia baseada na psicanálise, contemporaneamente às tentativas que se faziam na Alemanha.

Sullivam reconheceu a necessidade de a equipe de enfermagem receber um treinamento especial, se é que se pretendia que seus membros fizessem uma contribuição máxima ao regime de tratamento.

Ele se achava à vanguarda daqueles que não apenas discerniam o potencial terapêutico do enfermeiro, mas também reconheciam a necessidade de tornar explícita a maneira pela qual este potencial deveria ser objetivado.

Poucos anos mais tarde, esforços sérios de tratar pacientes esquizofrênicos por meio da psicanálise foram colocados em prática na Menninger Clinic, em Chestnut Lodge, e em um ou dois de outros hospitais psiquiátrico norte-americano.

Desde então, criou-se uma literatura ampla, que fornece detalhes acerca dos meios pelos quais os pacientes podem ser psicanaliticamente abordados.

Foi dada atenção às modificações da técnica de tratamento e dispensaram-se considerações especiais aos modos pelos quais os pacientes devem ser manejados no decurso do tratamento.

Foi no decorrer desses esforços pioneiros que se tornou aparente o potencial da comunidade hospitalar.

O efeito benéfico da hospitalização fora observado em ocasiões anteriores, mas foi somente durante o tratamento psicanalítico de pacientes internados que se tornou possível conceptualizar, ou seja, tornar explícito, o que conduzia à melhora clínica.

Achava-se agora ao alcance do (psiquiatra) identificar e descrever as causas daquilo que antes se pensava serem recuperações espontâneas e, além disso criar as condições que facilitassem tais desenvolvimentos.

Já em 1936 William Menninger propunha que programas especiais de terapia ocupacional fossem preparados para cada paciente, programas esses baseados nos problemas centrais que haviam formado a predisposição à doença.

Tais programas baseavam-se num reconhecimento da influência terapêutica que o enfermeiro e terapeutas ocupacionais e recreacionais podiam exercer sobre o paciente, em resultado do relacionamento, surgido da missão instrutiva.

Eles foram entusiasticamente adotados por um certo número de hospitais americanos antes de 1939, e demonstraram que a introdução da psicanálise no hospital somático ou psiquiátrico possuía implicações muito mais amplas do que simplesmente o tratamento intensivo de um pequeno número de pacientes.

Demonstraram-se maneira notável, de quão grande ressonância podia ser a influência da PSICANÁLISE.

Nos hospitais britânicos a psicanálise seguiu uma evolução inteiramente diversa.

Embora seu efeito tenha sido profundo, ele foi menos evidente e direto que nos Estados Unidos.

Antes de 1939 a Psicanálise não desempenhava papel algum nos hospitais britânicos.

Talvez, houvesse umas poucas exceções nos casos em que as teorias psicanalíticas eram discutidas e se faziam algumas tentativas de experimentar o método psicanalítico.

A tradição do tratamento psicanalítico de pacientes individuais no hospital não surgiu da mesma maneira que nos Estados Unidos.

Após 1945, o impacto da psicanálise apresentava-se menos concentrado que no hospital americano e, sendo mais difuso, sua influência deveria fazer-se sentir mais na esfera da clínica do hospital do que no caso individual.

Os fundamentos para o emprego das idéias psicanalíticas nos hospitais britânicos foram estabelecidos durante os anos, da guerra.

No hospital Militar de Northfields, métodos de tratamento em grupo baseados em princípios psicanalíticos foram introduzidos por Bion, Rickman e Foulkes.

Main (1946) e outros estenderam esta atividade, a fim de incluir grupos recreacionais e grupos de enfermaria.

Em todos os pontos de contato entre pacientes e equipes, estabeleceram-se canais de comunicação, de modo a facilitar a troca de informações referentes ao status e dos indivíduos que o formavam.

Este trabalho preparou o palco para a introdução da abordagem da comunidade terapêutica.

Foi Jones (1952) quem reconheceu, com base na compreensão psicanalítica, que os vínculos transferências que os pacientes estabeleciam com o grupo adjacente de pacientes e com a comunidade hospitalar em geral podiam ser explorados para fins terapêuticos.

Achou ele que os conflitos subjacentes aos sintomas e as dificuldades comportamentais poderiam vir a se manifestar através do veículo de comunicação de seus pensamentos, sentimentos e fantasias a cerca de suas experiências enquanto se achavam no hospital.

As discussões, tanto em grupos pequenos como em grandes, permitiria a expressão dessas reações e, ao mesmo tempo, daria à equipe médica e de enfermagem a oportunidade de oferecer ao paciente uma avaliação dessas reações.

Deste modo, Jones esperava realizar uma análise do conflito do paciente, não na terapia individual, mas no grupo.

Acreditava que, através desse processo, o paciente viria a se identificar mais facilmente com os valores do grupo e do hospital, o que o fortaleceria e suplementaria o efeito benéfico resultante da análise de um ou mais conflitos conscientes, pré-conscientes ou inconscientes.

O trabalho de Jones apresenta uma aplicação de conceitos psicanalíticos que tem como objetivo o fornecimento de uma estrutura hospitalar que possa influenciar positivamente os pacientes.

A aproximação dele ao paciente se dá através do ambiente hospitalar não diretamente pelo tratamento psicanalítico, como ocorre nos hospitais americanos.

Embora as idéias de Jones tenham sido entusiasticamente adotadas em muitos lugares, a base teórica de tais desenvolvimentos foi amiúde negligenciada, tornando assim a técnica excessivamente empírica.

São consideráveis os problemas que tal situação engendra.

Eles podem corromper o potencial terapêutico e por em risco a viabilidade da comunidade hospitalar

III

D - O LUGAR QUE A PSICANÁLISE CLÍNICA E O PSICANALISTA, PODEM OCUPAR NOS HOSPITAIS SOMÁTICOS E PSIQUIÁTRICOS

Até este ponto,apresentou-se um breve esboço das maneiras pelas quais a PSICANÁLISE contribui para a psiquiatria hospitalar.

Vamos agora focar e tentar responder as seguintes perguntas:-

1	QUE LUGAR A PSICANÁLISE CLÍNICA DEVERIA OCUPAR NOS HOSPITAIS SOMÁTICOS E PSIQUIÁTRICOS?
2	QUE PAPEL DEVERIA O PSICANALISTA CLÍNICO ASSUMIR NESTES HOSPITAIS?

O psicanalista tem um duplo objetivo quando empreende o tratamento psicanalítico de uma neurose.

1-Espera compreender a sintomatologia e transmitir este conhecimento ao paciente;

2-No processo, colaborar para a melhora ou remoção dos sintomas.

Suas ambições não são menores quando decide intervir no caso de um paciente de hospital somático ou psiquiátrico.

Neste caso, infelizmente, acha-se privado do aliado que a parte sadia e integrada da personalidade fornece no caso do paciente psiconeurótico considerado adequado para o tratamento psicanalítico normal.

No caso do paciente hospitalizado, a capacidade de cooperação é limitada, e ele não pode estabelecer um relacionamento suficientemente forte para tolerar os desapontamentos, demoras e ansiedades que, inevitavelmente, acompanham o tratamento psicanalítico.

As dificuldades são ainda maiores no caso de um paciente psicótico, que possui apenas a mais limitada capacidade para se relacionar.

O psicanalista reconhece que será incapaz de conduzir um tratamento psicanalítico porque não há tempo para tal empreendimento, porque a tentativa estaria quase fadada a revelar-se infrutífera.

Entretanto, ele retém seu objetivo original de tentar compreender o sentido e a significação dos fenômenos clínicos e, tendo por base esta compreensão, **PRESCREVER O PROCEDIMENTO QUE SERÁ ÚTIL PARA O MANEJO E TRATAMENTO DO PACIENTE.**

Talvez o modo mais fácil de transmitir como o psicanalista pode intervir beneficemente no caso de um paciente internado seja usar diversos recursos terapêuticos, sendo estes processos mais rápidos e que apresentam **RAPPORT** desejável, os recursos são os seguintes:-

**1 - ELETROTERRAPIA TRANSCEREBRAL (SONOTRON)
ELETROSSONOTERRAPIA**

**2 - TERRAPIA DE CORRERÇÃO COMPORTAMENTAL
BEHAVIOUR- (HIPNOSE INSTRUMENTAL) HIPNOTRON-**

3 - PSICOGALVANOMETRIA DIGITAL SRG

4 - PSICOSTAT SGR (BIOFEEDBACK)- AUDITIVO E VISUAL;

5 - PSICOSTAT DE (BIOFEEDBACK)- AUDITIVO E VISUAL;

6 - ELETROANESTHESIA

Mas para que o psicanalista clínico possa usar e aplicar estes processos é necessário que os, hospitais adquiram estes aparelhos e ofereçam condições aos profissionais, de desenvolverem suas técnicas.

Também é necessário que os hospitais reservem duas salas para estas terapias.

Apresentamos aqui uma série de ilustrações clínicas extraídas de pacientes com Psicoses esquizofrênicas.

O primeiro paciente era um jovem de idade, que progressivamente se alienara daquilo que o cercava.

Expressava idéias de estar sendo espionado, ficava imóvel durante horas, sentado numa cadeira, adotava posturas fora do comum.

Quando foi admitido no hospital, mostrava-se incooperativo, não se misturava com os outros pacientes e era virtualmente inacessível.

Não melhorara com a administração de drogas do tipo fenotiazina.

Descobriu-se considerar ele os enfermeiros como perseguidores, acusando-os de serem inimigos disfarçados.

Identificava erroneamente, isto é, confundia visualmente, os enfermeiros com ou outro desses perseguidores.

O resultado disso foi que se tornou acessível a enfermeiros e médicos.

Por sorte, desenvolveu um apreço por uma terapeuta ocupacional, e foi através dela que se podem obter informações acerca das atitudes do paciente para com a equipe médica e de enfermagem.

Mesmo aqui, entretanto, havia momentos em que acreditava ser ela uma outra pessoa, e gritava e praguejava contra ela.

Um desapontamento muito leve em suas relações bastou para que ele se recusasse a vê-la de novo.

Este caso foi mencionado porque ilustra duras características dos pacientes psicóticos seriamente perturbados.

Primeiro, mostra como a capacidade do paciente de conhecer a realidade do meio ambiente através das funções de seu ego (percepção, fala, pensamento, memória) acha-se submersa sob uma realidade psicótica, a qual incluindo suas fantasias irracionais, altera-lhe de tal modo o julgamento que pessoas reais como enfermeiros e médicos vêm a ser confundida com figuras de seus delírios.

Isto leva o paciente a opor-se aos enfermeiros e aos médicos, e resulta em agir ele de maneira auto prejudicial.

Neste caso, os próprios meios empregados para ajudar o paciente atuam como fonte de agravamento da doença.

A segunda característica ilustrada por este exemplo é que o paciente não perdeu inteiramente a capacidade de se relacionar com figuras reais.

Esta capacidade, porém, é limitada e fraca em sua expressão.

Ninguém pode dizer, a princípio, com quem o paciente será capaz se estabelecer um vínculo.

Neste caso, foi com a terapeuta ocupacional.

O vínculo era fraco e foi fácil e irrecuperavelmente rompido pelo desapontamento.

O fato de que vínculos emocionais possam ocorrer nas doenças psicóticas significa que a influência terapêutica é possível.

A tarefa do Psicanalista clínico, portanto, é descobrir se tal capacidade existe e para onde é dirigida.

Isto é, só pode ser feito por sua comunicação direta com a equipe de enfermeiros e auxiliares.

É inevitável que alguns pacientes, para sua própria segurança, tenham de ser confinados e, então, a realidade psicótica amiúde resulta numa piora do seu estado, levando-os a crer que se acham cercados por perseguidores.

O confinamento com pacientes do mesmo sexo pode ter resultados adversos, por outra razão.

Se um paciente se encontra preocupado com problemas de identidade sexual, e, em consequência da doença, experimenta a sensação de que seu corpo é parcial ou inteiramente feminino, pode acreditar que está atraindo ou será sexualmente, pelos outros pacientes.

Com muita freqüência, o comportamento incooperante, agressivo ou aterrorizado de pacientes pode ser remontado a estas causas:

a intrusão da realidade psicótica ou o surgimento de tendências homossexuais na consciência.

Os psicanalistas, compreendem que ambos os tipos de experiência podem surgir na psicose, acham-se alertas quando à sua ocorrência.

Quando fazem sua aparição, medidas apropriadas devem ser tomadas, a fim de aliviar os temores do paciente transferindo-o para uma situação em que sua liberdade não seja restringida.

Quando pacientes psicóticos são tratados psicoterapeuticamente, podem surgir certos problemas que, no caso de um paciente psiconeurótico que se submete a tratamento psicanalítico, podem ser superados.

Uma jovem paciente que sofria de moléstia esquizofrênica estava sendo vista várias vezes por semana.

Era filha única e sua doença começara quando sua mãe morrera de câncer.

Vivia com o pai.

Quando a doença começou, a paciente ficou preocupada com uma série de idéias irracionais.

Julgava que seu pai fosse homossexual e estava convencida de que ela própria também o era.

Ouvia as pessoas dizendo isto no trabalho, nas ruas, e mesmo em casa, quando não havia ninguém.

Acabou por fugir de casa, em pânico, temendo que o pai fosse atacá-la sexualmente posteriormente, no hospital, revelou que experimentava sentimentos sexuais em relação ao pai.

Durante o curso da psicoterapia, manifestaram-se tendências eróticas em relação ao analista, tal como havia ocorrido com o pai.

No caso de uma paciente neurótica que desenvolve fantasias sexuais com relação ao analista, seria possível apelar para a sua parte razoável e sadia e demonstrar que estas manifestações constituíam uma repetição do relacionamento com o pai, que agora atuavam como uma resistência ao progresso do tratamento e esta resistência dissipar-se-ia com o tempo.

No presente caso a, paciente achava-se envolvida demais com suas idéias, não havia um ego razoável a quem apelar e seus controles eram deficientes.

O conhecimento de que fora a perda da mãe que levava ao movimento para trás (à regressão) da vida mental e o

surgimento de atitudes instintivas infantis fez com que o tratamento fosse temporariamente abandonado e que os cuidados com a paciente fossem continuados pela encarregada da enfermeira, sob a supervisão do analista.

Nestas circunstâncias, a enfermeira,

"IN LOCO PARENTIS",

pode ajudar a paciente a recuperar o controle.

A continuação do tratamento com o analista teria apenas exaltado a sexualidade e as ansiedades que esta originava.

Sob circunstâncias ideais, seria necessário, nos hospitais psiquiátricos, decidir quem é a pessoa mais indicada para ter contato com o paciente, deve ser homem ou mulher, moço ou velho.

A melhora ou a deterioração do estado mental amiúde se deve aos fatores que foram descritos.

O Psicanalista encontra-se em posição de cuidar que o manejo do paciente seja de tal ordem, que não vá de encontro ao efeito do tratamento por drogas ou psicoterapia.

O Psicanalista pode também ajudar os pacientes diretamente, através do emprego de métodos de grupo.

Ele encontra-se numa posição favorável para empreender esta espécie de tratamento, devido a seu conhecimento de que as formas de relacionamento que se realizarão no grupo serão repetições de relacionamentos que estão ocorrendo na enfermaria do hospital; que ocorrem em casa, ou na infância.

Pacientes com neuroses graves e estados depressivos podem ser tratados através da terapia de grupo, mas nesta, tal como no tratamento individual, a natureza divergente da capacidade de se relacionar conduz a sérias dificuldades.

Entretanto, mesmo quando a influência terapêutico-positivas é limitada, o analista obtém um quadro muito claro da doença do paciente e da maneira de seu desenvolvimento.

A terapia de grupo, tal como, na realidade de todas as espécies de intervenção terapêutica, requer a mais íntima cooperação com a equipe de enfermagem e com todos os médicos que estejam diretamente ligados aos pacientes.

Já fizemos referências à maneira pela qual as reações dos pacientes tendem a transbordar do consultório para a enfermaria, onde encontram expressão com relação aos outros pacientes e a equipe de enfermagem.

Isto significa que enfermeiros e médicos devem achar-se especialmente informados acerca dos pacientes individuais e particularmente, conhecedores da maneira pela qual os pacientes transferem para eles suas atitudes e comportamentos com referência a maridos, esposas, pais e irmãos.

IV

E - POTENCIAL TERAPEUTICO

O Psicanalista tem como revelar o potencial terapêutico que existe em todos que têm com o paciente.

A teoria psicanalítica fornece os conceitos que ajudam a descrever os processos que atuam nestas relações interpessoais, e com seu auxílio, o que era latente passa a ser manifesto e comunicável.

Caso se pretenda que tal abordagem obtenha sucesso, entre os membros da equipe de médicos e enfermeiros os canais de comunicação devem estar abertos.

A forma que tomarão, isto é, se deve haver reuniões estabelecidas ou discussões informais é secundária quanto à criação de um meio pelo qual todos possam relatar suas experiências com os pacientes.

Deste modo, o amplo conhecimento que enfermeiros e terapeutas ocupacionais acumularam através dos anos pode tornar-se aproveitável.

Tais informações revelam quanto numerosas são as influências que atuam sobre um paciente durante sua estadia no hospital e impedem que o Psiquiatra ou o Psicanalista acredite ter sido uma pílula especial ou uma interpretação específica que conduziu a uma mudança nos sintomas do pacientes.

A questão é: como psiquiatra e enfermeiro vem a reconhecer que os sintomas do paciente e a maneira pela qual se relaciona (isto é, com o médico, com o enfermeiro e com outros pacientes) são, em essência, uma repetição do modo pelo qual outrora se, relacionou com os outros?

No que concerne à equipe médica, não pode haver melhor maneira de aprender a reconhecer os fenômenos em questão que o tratamento, sob supervisão, de um ou mais pacientes psiconeurótico através de uma psicoterapia do tipo psicanalítica.

O treinamento em psicoterapia deve começar com a seleção de pacientes apropriados.

Se não for possível encontrá-los no hospital psiquiátrico ou somático, procuram-se casos adequados nos ambulatórios.

A relação médico-paciente torna-se o centro do programa de instrução.

Isto é, particularmente vital, uma vez que o psiquiatra em formação subestima a potência do efeito das forças emocionais que atuam nesta relação, seja na psicoterapia, seja em outra forma de tratamento.

Muito rapidamente o psiquiatra descobre que as dificuldades de comunicação do paciente são devidas a pensamentos e sentimentos pré-conscientes a respeito do terapeuta.

Dá-se conta das alusões à situação de tratamento que o paciente faz constantemente, as quais torna-a manifesta e utiliza para fortalecer a confiança do paciente em sua capacidade terapêutica.

O objetivo da instrução é permitir que o psiquiatra em formação observe as resistências e os conflitos subjacentes aos sintomas

O psiquiatra pode utilizar o conhecimento que obteve em muitas situações diferentes, que o impede de ignorar as influências psicológicas que atuam na terapia orgânica, ao mesmo tempo em que reconhece os sinais indicadores de que um paciente que não está em psicoterapia estabeleceu espontaneamente um relacionamento com ele.

Com este conhecimento, acha-se apto a explorar o relacionamento para fins terapêuticos, o que é particularmente valioso com pacientes psicóticos.

Uma tarefa mais difícil é transmitir esse conhecimento à equipe de enfermagem, mas tal pode ser feito se tomar em consideração às resistências dos enfermeiros e se elas forem manejadas com bastante tato e paciência.

Somente quando enfermeiros e atendentes vêm a reconhecer que os sintomas e o comportamento são, em larga

escala, o resultado da regressão, é que estão aptos a adotar uma atitude mais objetiva e menos emocional com relação a seus pacientes.

O Psicanalista também pode contribuir para a pesquisa.

Seu treinamento alerta-o para a complexidade dos estudos clínicos e seu conhecimento acerca da realidade psíquica e da transferência impede o de supersimplificar as dificuldades metodológicas que assediam a pesquisa clínica.

Os Psicanalistas reconhecem que a coleta de dados primários não é tão simples quanto na doença física.

A variabilidade de reação do paciente fisicamente enfermo é muito menor que a do doente mental.

Esta variação se deve a numerosos fatores, entre os quais as atitudes com o médico se acham altamente, mal conhecem, essas influências, usualmente pré-conscientes ou inconsciente para o paciente.

Quando técnicas terapêuticas são empregadas para registrar dados clínicos, o psicanalista pode participar diretamente da pesquisa.

Sua formação qualifica-o particularmente bem para esta tarefa.

Contrariamente a uma crença comumente sustentada, a psicanálise sempre manteve um sério interesse pela forma que os sintomas e sinais assume, na doença mental.

A situação psicoterapêutica é especialmente adequada para a observação das comunicações dos pacientes, sejam elas verbais ou não verbais.

Sua prevenção e manutenção não dependem, como alguns podem pensar, de o médico constantemente apresentar "interpretações" ao paciente.

A situação permanecerá viável enquanto as ansiedades do paciente com relação às intenções do médico se acharem adequadamente ventiladas.

Embora a educação e a pesquisa constituam campos importantes para o psicanalista, deve-se dar prioridade ao tratamento de pacientes.

Não é apropriado, e, parafraseando as palavras do Imperador Trajano "contrário ao espírito dos tempos", encarar ou designar o psicanalista como uma AVIS RARA", cuja tarefa exclusiva é a de fazer a psicoterapia o dia todo.

O Psicanalista deve estar apto a participar de tarefas hospitalares de rotina, bem como empreender tratamento psicanalítico de pacientes selecionados, quando se achar que isto é necessário.

Ele deve ter plena responsabilidade clínica por caso de todos as naturezas, inclusive aqueles cujo estado mental é basicamente devida a causas orgânicas.

Desse modo, o Psicanalista fica mais próximo do Psiquiatra comum, através de uma melhor compreensão dos problemas e dificuldades que o último tem de enfrentar.

Não há campo de trabalho ou somático hospitalar para qual o Psicanalista não possa contribuir, nem tampouco existe nenhuma atividade hospitalar ou seja hospital somático ou psiquiátrico da qual não possa beneficiar-se.

NO BRASIL; A SEPARAÇÃO ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA TEVE EFEITOS NOCIVOS PARA AMBAS.

DERAM AOS PSIQUIATRAS E DE UM MODO GERAL AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS QUE SÃO INERENTES ÀS MEDIDAS PSICOTERAPÊUTICAS NELA BASEADAS.

Impediu-os também de reconhecer a importância e a importante contribuição que a PSICANÁLISE pode fazer à investigação CLÍNICA EM PSIQUIATRIA.

Por outro lado, a experiência clínica de muitos psicanalistas permaneceu limitada, devido à sua falta de contato com a psiquiatria hospitalar.

ANEXO

PSICOGALVANOMETRIA? O QUE É?

É de há muito tempo conhecido que a condutividade elétrica cutânea se altera em função direta da mutação emocional do indivíduo.

Um indivíduo que se encontra sob uma tensão emocional forte, tem a condutividade elétrica cutânea maior de que, quando esse mesmo indivíduo está em estado de tensão emocional normal.

Com essa teoria inicial concluímos que a flutuação de condutividade elétrica, retrata fielmente a flutuação emocional do indivíduo.

Aproveitando desse fenômeno natural em todos os indivíduos, e de posse de um preciso aparelho Psicogalvanométrico o psicoterapeuta pode tirar conclusões mais reais dos seus pacientes, pois pode visualizar com dados numéricos e exatos eletricamente falando, todas as flutuações emocionais sentidas pelo seu paciente.

Essa mutação de condutividade elétrica cutânea, depende do sistema nervoso Autônomo e por esse motivo o indivíduo não pode alterar a medição Psicogalvanométrica diretamente, e sim alterá-la indiretamente através de muito **AUTO CONTROLE** e **RELAXAMENTO**.

AUTO CONTROLE PARA UTILIZAÇÃO DO PSICOGALVANOMÊTRO DIGITAL É NA PRÁTICA TERAPIA DE RELAXAMENTO.

Mantendo o **PSICOGALVANOMÊTRO** ligado ao paciente, pode o terapeuta concluir o seu paciente está se relaxando conforme o previsto ou se o método utilizado para esse paciente, por qualquer motivo não seja, o ideal.

Exemplo: A partir do momento que o psicoterapeuta fizer questão de relaxamento a indicação em Volts do painel **PSICOGALVANOMÊTRO DIGITAL** deverá subir numericamente.

Se o paciente se apresenta no início do relaxamento com um valor numérico como por exemplo 2.7 Volts, e com as sugestões do Psicoterapeuta esse valor sobe gradativamente 2,6/, 2,9/ 3;0 etc, essa operação relaxamento está indo bem, porém o valor numérico inicial, isto é, 2,7 Volts se manter deve o psicoterapeuta procurar saber o motivo dessa rejeição ao relaxamento, muito embora essa rejeição é as vezes negada pelo paciente.

TESTE DE FOBIAS

Durante o período de tratamento de qualquer tipo de fobia, o psicoterapeuta pode efetuar testes Psicogalvanométrico para saber se está ou não havendo progresso.

Exemplo: Com o Psicogalvanômetro Digital ligado ao paciente aplique ao mesmo um estímulo que poderá ser visual, oral ou físico e observe o painel do **PSICOGALVANOMÊTRICO DIGITAL**.

Se o valor numérico se mantiver estável o processo psicoterápico está em franco progresso, porém se o valor numérico indicado no painel baixar mediante o estímulo acima descrito, deve o Psicoterapeuta tomar novo caminho Psicoterápico.

Em resumo pode-se usar o PSICOGALVANOMETRO DIGITAL nos tratamentos de FOBIAS COMO MONITOR de teste FOBOTAXIANO.

HYPNOTERAPIA

O Hipnólogo pode se utilizar do PSICOGALVANOMETRO DIGITAL como monitor em todas as sessões de Hipnose, desde a indução até as sugestões, na indução o Psicogalvanômetro Digital ligado ao paciente fornece ao Hipnólogo dados que facilitam o seu trabalho.

Exemplo: A medida que o Hipnólogo sugere relaxamento ao paciente, o valor numérico indicado no painel do Psicogalvanômetro deve aumentar o processo de relaxamento pré-hipnótico.

Durante o estado de Hipnose profunda pode o hipnólogo observar se há a mudança de estado emocional do paciente, mediante as habituais sugestões.

CONCLUSÃO

A Psicogalvanometria pode ser aproveitada na Psicologia em geral pois é um dado que traduz numericamente toda a mudança do estado emocional do indivíduo mesmo que esse indivíduo não apresente mutação externa palpável e visível.

PSICOGALVANÔMETRO DIGITAL COMO FUNCIONA ELETRONICAMENTE

Entre dois eletrodos SENSORES circula uma micro-corrente elétrica previamente ajustada em 50 UA (50 Microamperes) estabilizada isto é: CONSTANTE, que é fornecida por um circuito de alta precisão.

A diferença de potencial elétrico (VOLTAGEM), que surge entre os dois eletrodos sensores por ser ANÁLOGA, é convertida em FREQUÊNCIA por um conversor D/A e aplicada a um FREQUENCIAMENTO DIGITAL para amostragem.

O resultado de condutividade elétrica cutânea é indicado pelo painel DIGITAL em VOLTS ,porém esse resultado poderá ser convertido em OHMS.

Para essa conversão emprega-se a lei básica de eletricidade, com a seguinte fórmula:

$$R = \frac{E}{I}$$

R = Resistência cutânea e passagem de CORRENTE ELÉTRICA.

E = Voltagem encontrada entre dois terminais de Resistência (Sensores).

I = Intensidade (microamperagem) que circula pela Resistência (Sensores)

Exemplo: Se colocarmos os dois sensores em dois dedos de um indivíduo e o painel Digital indicar 3,1 Volts, a resistência cutânea inicial será de 3,1 :0.0005 (50 microamperes) que é de 62.000 OHMS (62KO), e se no final da sessão PSICOTERÁPICA esse indivíduo atingiu 7 volts no painel DIGITAL, a resistência cutânea final é de 7,0 : 0,0005 (50 microamperes) 140.000 OHMS (140 KO).

Para avaliação e arquivo tanto faz, VOLTS ou OHMS

Exemplo: INICIAL – VOLT – 3,1 OHMS – 62.000 AMPERES= 0.005 (50 microamperes).

FINAL - VOLT – 7,0 OHMS – 140.000 AMPERES= 0.005 (50 microamperes).

DIFERENÇA – VOLTS-3,9 OHMS – 78.000

Sem nenhuma dúvida esse paciente terminou a sessão psicoterápica, com muito menor tensão emocional e um alto grau de descontração e relaxamento.

RESUMO

1 - ELEKTRODORM – ELETROSSONO -Eletroterapia Transcerebral

Tratamento pela eletrossonoterapia e é indicado para casos de Insônia, Esgotamento Nervoso, Úlceras Gástricas e

Duodenais, Cefaléias, Tratamento de Alcoolismo Crônico, Distúrbios Vasculares Hipertensivos, Períodos Pré e Pós Operatórios, Neurodermatoses, Várias formas de Psiconeurose, Esquizofrenia e Ciclofrenias.

2 - HIPNOTRON – HIPNOSE INSTRUMENTAL

Tratamento pela hipnose, correspondente à correção comportamental pelos métodos da BEHAVIOUR – TERAPIA.

Aparelho inédito na Indução Instrumental do estado Hipnótico, o HIPNOTRON que é composto da cadeira com apoios vibráteis e o instrumental de estímulos auditivo e visual, além das conexões de microfonia e amplificação (metrônomo, gongo, gerador de frequências etc.)

A H.I. está indicada para casos de : Insônia, Angústia, Depressão, alcoolismo, obesidade, estudos difíceis, tabagismo, toxicomanias etc.

3 - PSICOGALVANÔMETRO DIGITAL S.G.R.

É de há muito tempo conhecido que a condutividade elétrica cutânea se altera em função direta da mutação do estado emocional do indivíduo.

Um indivíduo que se encontra sob uma tensão emocional forte, tem a condutividade elétrica cutânea maior do que, quando esse mesmo indivíduo está em estado de tensão emocional normal.

Com essa teoria inicial concluímos que a flutuação de condutividade elétrica cutânea, retrata fielmente a flutuação emocional do indivíduo.

Aproveitando desse fenômeno natural em todos os indivíduos, e de posse de um preciso aparelho PSICOGALVANOMÉTRICO o Psicanalista pode tirar conclusões mais reais dos pacientes, pois pode visualizar com dados numéricos e exatos eletricamente falando, todas as flutuações emocionais sentidas pelo paciente.

Essa mutação de condutividade elétrica cutânea, depende do Sistema Nervoso Autônomo e por esse motivo o indivíduo não pode alterar através de muito Auto Controle e Relaxamento.

A PSICOGALVANOMETRIA está indicada para o EXAME PSICOGALVANOMÉTRICO, EXAME FOTOTAXIANO, terapia de Relaxamento em Hipnoterapia.

4 - PSICOSTAT D.E. BIOFEEDBACK

Este aparelho é semelhante ao conhecido “detector de mentiras” mas seu funcionamento é mais amplo, pois indica as mutações psicológicas da pessoa, tanto no sentido da excitação como no relaxamento.

Possui um dispositivo luminoso de seqüência colorida e um sistema sonoro que permite seguir a evolução do estado emocional.

Seu funcionamento está fundamentado na variação da resistência elétrica cutânea (base do princípio do biofeedback).

O Psicostat D.E. é indicado para o Treinamento autógeno de relaxamento, Exame Fobotaxiano, controlar a profundidade de relaxamento gradativo, controlar a profundidade de um estado hipnótico.

5 - PSICOSTAT SGR BIOFEEDBACK

Aparelho que utiliza a corrente para aprendizagem de relaxamento e autocontrole.

6 - NEUROTRON

Aparelho que utiliza a corrente farádica e consta de aplicadores (eletrodos) de folhas metálicas flexíveis que se colocam de preferência na planta dos pés.

O Neurotron é indicado para a tonificação dos processos nervosos fundamentais distúrbios neurovegetativos (viscerais) e sensitivos (da vida de relação), Insônia (distúrbios psicogênicos).

EPÍLOGO

É PENA QUE TANTOS MÉDICOS CLÍNICOS, NEUROLOGISTAS, GINECOLOGISTAS, CARDIOLOGISTAS, PSIQUIATRAS ETC., SEJAM PERTURBADOS POR TEMORES IRRACIONAIS COM RESPEITO À PSICANÁLISE E AO PSICANALISTA CLÍNICO, COM RESULTANTES SUSPEITAS E PRECONCEITO.

ISTO CAUSOU, E CONTINUARÁ A CAUSAR, CONSEQUÊNCIAS DESAFORTUNADAS PARA TODAS AS ESPECIALIDADES MÉDICAS PRINCIPALMENTE PARA A PSIQUIATRIA E TAMBÉM PARA A CIÊNCIA PSICOANALÍTICA.

OS PSQUIATRAS E MÉDICOS DE OUTRS ESPECIALIDADES QUE TRABALHAM COM PSICANALISTAS CLÍNICOS SABEM QUE ESSES TEMORES SÃO INFUNDADOS.

TALVEZ O FUTURO CONDUZA A UMA COOPERAÇÃO MAIOR, DE MODO QUE A PSICANÁLISE POSSA, COMO UM SÓCIO COM IGUAIS DIREITOS, PARTICIPAR DOS CUIDADOS E DO TRATAMENTO DO DOENTE MENTAL.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

JONES, M.S. (1952) Social Psychiatry (Londres, Tavistock)

MAIN, T.F. (1946) "The Hospital as a Therapeutic Institution" Bull.Menninger Clinic, 10, 66.

MENNINGER,W.C.(1936),"Psychoanalytical Principles Applied to the Treatment of Hospitalized Patients". Bull Menninger Clinic, 1, 35.

SIMMEL, E (1929) "Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium", Int.J.Psychoanal. 10; 70.

SULLIVAN, H.S. (1932)" The Modified Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia, as a Human Process (Nova York, Norton, 1962).

IESA-INTERNATIONAL SOCIETY FOR ELECTROSLEEP AND ELECTROANAESTHESIA, INC. AUSTRIA-GRAZ.

4TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM on Electrosleep and Electroanaesthesia, March 18-22, 1974, Hotel Meridien, Paris, France

AUTOMATIC HYPNOTIZER Im: Humanist as 16/1974, Berlin

FURTHER STUDIES OS THE INHIBITOR Y ACTION TRANSCANIAL ELECTROTHERAPY ONGASTRIC SECRETION

E.D.HENSCHEL, MILWAUKEE, WISCONSIN "IESA",1974 20,21,AUSTRIA.

INSTITUTO DE PSICANÁLISE DE LONDRES REVISTA-1972