



1

Noções básicas sobre o funcionamento psíquico

CLÁUDIO LAKS EIZIRIK
ANA MARGARETH SIQUEIRA BASSOLS
MARINA BENTO GASTAUD
JULIA GOI

INTRODUÇÃO

O funcionamento psíquico baseia-se em uma complexa interação de elementos biológicos, psicológicos e sociais. Quando se avaliam o estado psicológico e o comportamento de uma pessoa, três fenômenos devem ser considerados. O primeiro é que os tipos de comportamento ou estado emocional, caracterizados como normais ou anormais, variam enormemente com a idade: o que se considera normal em um estágio do desenvolvimento pode ser considerado decisivamente anormal em outro. O segundo fenômeno é que o desenvolvimento psicológico não prossegue de modo uniforme: ocorre em estágios descontínuos, separados por períodos de mudanças bruscas ou de transição de um estágio para outro. Já o terceiro diz respeito ao ambiente ou à cultura em que cada pessoa vive, com suas peculiaridades, tradições e costumes.

A identificação e a descrição dos estágios do desenvolvimento são importantes para todos os

profissionais da área da saúde e para os estudantes dessas disciplinas. O conhecimento profundo desses estágios possibilita uma melhor percepção a respeito da estrutura dos padrões normais e dos conflitos psíquicos esperados, assim como dos limites entre saúde e transtornos emocionais. Desse modo, é importante saber que certas crises do desenvolvimento, acompanhadas por ansiedade, incerteza e estresse, estão dentro de uma expectativa normal e não são, necessariamente, sinais de séria instabilidade ou doença mental.

Ao longo dos capítulos deste livro que descreverão as etapas do desenvolvimento humano, vários conceitos básicos serão utilizados. O objetivo deste capítulo é descrever tais conceitos de forma sintética e fornecer uma visão geral do funcionamento psíquico ao longo do ciclo vital. Por sua própria natureza introdutória, o que segue é uma formulação resumida, que deve ser complementada pela leitura dos trabalhos dos autores aqui citados, para fazer justiça à complexidade e à criatividade de suas contribuições.



NORMALIDADE

O conceito de normalidade é ambíguo, tem uma multiplicidade de significados e usos e costuma ser definido como um juízo de valor: depende das normas culturais, dos valores e da época dentro do contexto social. As quatro principais perspectivas pelas quais pode ser compreendido são:

- 1 Normalidade como saúde, em que um comportamento é considerado normal quando não há nenhuma psicopatologia presente.
- 2 Normalidade como utopia, em que ocorre um equilíbrio harmônico de diversos elementos do aparelho mental que culmina com um ótimo funcionamento.
- 3 Normalidade como média, isto é, baseada no princípio matemático da curva de Gauss, sendo considerada a média como normal e as extremidades da curva como desviantes.
- 4 Normalidade como processo, resultante de sistemas que interagem ao longo do tempo, englobando variáveis de origem biológica, psicológica e social.

A integração dessas perspectivas e o uso de uma ou outra vai favorecer a compreensão da pessoa como um todo, seja em um corte transversal ou longitudinal de seu desenvolvimento. É importante que não se utilize o conceito de normalidade como juízo de valor (embora isso infelizmen-

te ainda ocorra), pois só colaboraria para uma simplificação e um conseqüente empobrecimento da compreensão do desenvolvimento humano. Também é importante levar em conta que o conceito de normalidade ou patologia pode ser usado em situações de regimes ditatoriais, para perseguir dissidentes, e ainda deve ser destacado que os autores deste livro compartilham a noção de que existem doenças mentais, bem estudadas e passíveis de diagnóstico e tratamento, fato que algumas vezes costuma ser negado por razões ideológicas ou políticas.



O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO

Durante os nove meses da gestação, o cérebro do embrião humano adquire neurônios ao ritmo de 250 mil por minuto. Inicialmente, esses neurônios desenvolvem-se de maneira que parece caótica e, então, migram para destinações predefinidas. Os principais circuitos neuronais são basicamente os mesmos em todos os mamíferos. O desenvolvimento do organismo tem origem em um único ovo fertilizado e culmina no indivíduo adulto. Nesse processo, a arquitetura dos circuitos neuronais é determinada pelos genes e por suas interações com o ambiente celular.

Entre o 40º e 50º dias de gestação, o cérebro humano assemelha-se ao cérebro de um peixe. Por volta do 100º dia, passa a assumir todas as características do cérebro de um mamífero. A partir do quinto mês de gestação, adquire as características típicas de um primata. A partir desse ponto, a grande elaboração do prosencéfalo, do córtex cerebral e do cerebelo caracteriza exclusivamente o gênero humano. O fato de que os estágios iniciais do desenvolvimento do cérebro e do embrião humano como um todo guardam alguma semelhança com o curso da evolução de formas mais simples até as mais sofisticadas de vida levou à antiga noção de que a ontogênese reproduz a filogênese.^{1,2}

Há três teorias que procuram explicar o modo pelo qual as mesmas vias e padrões específicos de conexões neuronais são reproduzidos em cada

O conceito de normalidade é ambíguo, tem uma multiplicidade de significados e usos e costuma ser definido como um juízo de valor.

cérebro humano: a teoria do crescimento trófico; a teoria da competição das células; e a teoria do movimento dirigido pelas fibras.

1 Teoria do crescimento trófico: postula que terminais nervosos em crescimento juntam-se a neurônios ou células específicos, porque gradientes químicos de certas substâncias estimulariam o crescimento do axônio em uma dada direção e no sentido de determinado grupo de células-alvo. A pesquisadora Rita Levi-Montalcini foi agraciada com o prêmio Nobel por ter identificado, em 1951, o primeiro membro de uma família de substâncias denominadas fatores de crescimento.³ Em suas pesquisas, ela verificou que a injeção de fatores de crescimento em ratos promove o crescimento de axônios simpáticos em direção ao local da injeção. Dessa forma, o desenvolvimento neuronal seria mediado por gradientes de fatores de crescimento neuronal.

2 Teoria da competição das células: propõe que, no curso do desenvolvimento do embrião, certas conexões axonais acabam por se desenvolver à custa de outras, que se retraem e desaparecem. Certos núcleos do sistema auditivo, por exemplo, contêm muito mais neurônios antes do nascimento que depois dele. Desse modo, são formados mais neurônios e sinapses do que seria necessário, os axônios competem, e o número de sinapses e neurônios acaba sendo reduzido. Nessa perspectiva, esse seria o processo que levaria à modelagem fina da organização anatômica do cérebro do embrião, chegando posteriormente à organização precisa e detalhada das conexões sinápticas do cérebro adulto.

3 Teoria do movimento dirigido pelas fibras: segundo esse modelo, cada neurônio em desenvolvimento emitiria prolongamentos que, ao alcançar obstáculos (p. ex., superfície cerebral), já não podem crescer mais. O corpo celular passaria a migrar ao longo de seu prolongamento até chegar ao obstáculo. Um exemplo desse processo são as células de Purkinje, no cerebelo, cujo corpo celular se encontra no córtex cerebelar e cujos

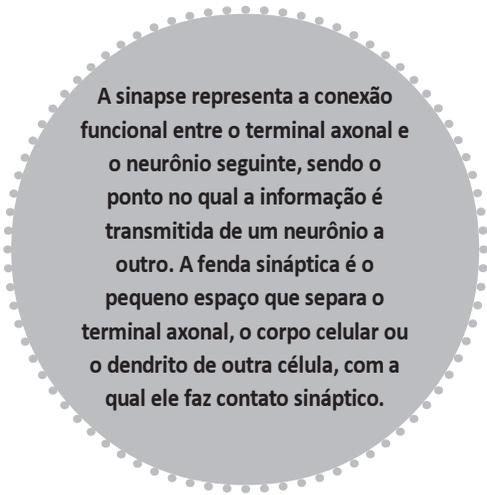
axônios se projetam para núcleos profundos bem abaixo do córtex.

É provável que esses três modelos sejam válidos em diferentes situações do desenvolvimento, em diversos grupos neuronais.⁴

O NEURÔNIO

O neurônio é a unidade funcional do cérebro. Ele recebe informações em seus dendritos e corpo celular e as envia para outros neurônios e células ao longo de seu axônio. O axônio típico divide-se em várias fibras menores, que acabam em terminais, cada qual formando uma sinapse em outra célula. A sinapse representa a conexão funcional entre o terminal axonal e o neurônio seguinte, sendo o ponto no qual a informação é transmitida de um neurônio a outro. A fenda sináptica é o pequeno espaço que separa o terminal axonal, o corpo celular ou o dendrito de outra célula, com a qual ele faz contato sináptico.

A transmissão sináptica depende de agentes neuroativos classificados em três grupos: neurotransmissores, neuromoduladores e neuro-hormônios. Para que seja classificada como neurotransmissor, uma dada substância deve ser sintetizada e liberada pelo neurônio pré-sináptico. Os neuromoduladores não apresentam atividade si-



A sinapse representa a conexão funcional entre o terminal axonal e o neurônio seguinte, sendo o ponto no qual a informação é transmitida de um neurônio a outro. A fenda sináptica é o pequeno espaço que separa o terminal axonal, o corpo celular ou o dendrito de outra célula, com a qual ele faz contato sináptico.

náptica intrínseca e atingem o nível pré ou pós-sináptico somente quando há transmissão sináptica em curso. A modulação em geral ocorre por meio de segundos mensageiros envolvidos na transmissão. Os neuro-hormônios podem ser liberados por neurônios e por células não neuronais. Sua principal característica é o fato de trafegarem na circulação para exercer sua ação em um ponto distante do qual foram liberados. O número de substâncias identificadas como neurotransmissores, neuromoduladores ou neuro-hormônios é próximo de cem. Esses agentes atuam em receptores de vários tipos, por meio dos quais podem produzir efeitos diferentes. Assim como é provável que nem todos os neurotransmissores sejam conhecidos, tampouco se pode considerar que o mapeamento dos receptores tenha sido completado.^{1,2}

Um neurônio pode receber milhares de conexões sinápticas de outros neurônios, uma vez que o cérebro humano apresenta cerca de 100 bilhões de neurônios. Cada neurônio realiza aproximadamente 60 mil sinapses; no cerebelo, ocorrem cerca de 150 mil sinapses. A cada segundo ocorrem 100 mil impulsos por neurônio.⁵

O número possível de combinações de conexões sinápticas entre neurônios em um único cérebro humano é maior do que o número estimado de partículas atômicas que compõem o universo conhecido. As vias e os sistemas de conexões sinápticas que se desenvolvem no cérebro estão

Não só os fatores do desenvolvimento, mas também a experiência do indivíduo – desde antes do nascimento até a morte –, dão forma e reorganizam continuamente a estrutura e a função de cada cérebro individual.

sob controle genético e são formados antes do nascimento. Contudo, hoje se admite que muitas conexões sinápticas são formadas e modificadas ao longo da vida. Essas conexões podem ser alteradas e moldadas pela experiência e podem constituir uma das bases para a formação de determinados tipos de memória.^{1,2}

Calcula-se que o número total de genes do DNA humano chegue a 100 mil. Desses, talvez 50 mil sejam funcionais exclusivamente no cérebro, o que sugere a enorme complexidade do controle genético sobre o cérebro e seu desenvolvimento. Não só os fatores do desenvolvimento, mas também a experiência do indivíduo – desde antes do nascimento até a morte –, dão forma e reorganizam continuamente a estrutura e a função de cada cérebro individual. O desenvolvimento do sistema nervoso central compreende diversos e complexos estágios, desde a formação da placa neural, passando pela neuroplasticidade e neurogênese, pelas conexões cerebrais e, ainda, pela poda de porções neuronais e morte de neurônios desnecessários ou impróprios (apoptose). A plasticidade está ligada à capacidade neuronal para adaptar-se ou moldar-se de acordo com a necessidade cerebral ao longo do desenvolvimento, dependendo de experiências repetidas ou, ainda, após um dano neural. A neurogênese relaciona-se à capacidade latente para o reparo tecidual dos neurônios pela proliferação de novas células que substituem o tecido danificado.^{1,2}

O número possível de combinações de conexões sinápticas entre neurônios em um único cérebro humano é maior do que o número estimado de partículas atômicas que compõem o universo conhecido.

Embora a arquitetura geral seja a mesma no gênero humano, os detalhes da organização cerebral diferem amplamente de uma pessoa para outra devido tanto a fatores genéticos e do desenvolvimento quanto às experiências de cada indivíduo ao longo da vida. A interação desses fatores – ou seja, herança genética, fatores ligados ao desenvolvimento e experiências ao longo da vida – determina o que tem sido descrito como equação etiológica das disfunções psíquicas.^{1,2}

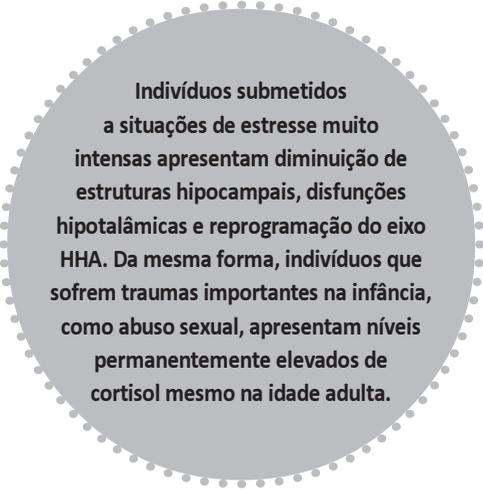
O termo *estresse* surgiu para designar as forças envolvidas em uma situação de ameaça à manutenção da homeostase, sendo o sistema alostático responsável por essa manutenção. O organismo reage ao estresse ativando um complexo repertório de respostas comportamentais e fisiológicas, conhecidas como reações de “luta e fuga”, já descritas no início do século XX por Walter Cannon.⁶ Genericamente, o estresse é referido como qualquer mudança física ou psicológica que rompe o equilíbrio do organismo, ou seja, altera a homeostase, gerando uma carga alostática cumulativa ao longo da vida, à medida que o sistema alostático se torna sobrecarregado. Essa sobrecarga com frequência é apontada como um fator para o surgimento ou a manutenção de quadros psiquiátricos, como depressão, transtornos de ansiedade e esquizofrenia.⁷

A resposta clássica ao estresse caracteriza-se por mudanças físicas e comportamentais, envolvendo o sistema nervoso simpático e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). A ativação do HHA causa a liberação de catecolaminas nas terminações nervosas e pela medula da adrenal, além da secreção de adrenocorticotrofina pela adeno-hipófise, estimulando a secreção de cortisol no córtex da adrenal. Os níveis elevados de cortisol podem favorecer a atrofia de dendritos da zona CA-3 do hipocampo, tornando-se tóxicos ao organismo se elevados cronicamente, embora sua elevação inicial seja importante para a resposta ao estresse. O cortisol em níveis elevados pode favorecer a suscetibilidade de neurônios à morte, tornando-os menos resistentes a adversidades como hipoglicemia, hipoxia e níveis elevados de aminoácidos excitatórios. De fato, indivíduos sub-

metidos a situações de estresse muito intensas apresentam diminuição de estruturas hipocâmpais, disfunções hipotalâmicas e reprogramação do eixo HHA. Da mesma forma, indivíduos que sofrem traumas importantes na infância, como abuso sexual, apresentam níveis permanentemente elevados de cortisol mesmo na idade adulta. Essas crianças estão mais propensas a desenvolver problemas psiquiátricos, como depressão, quando adultas.⁸

É provável que essa maior vulnerabilidade seja mediada pela disfunção do HHA. Dessa forma, fatores biológicos podem predispor e perpetuar quadros psiquiátricos. Acredita-se atualmente que fatores ambientais, como estresse, possam interagir com fatores biológicos, ativando a expressão de determinados genes, como os transportadores de neurotransmissores ou os receptores hormonais, que resulta em alterações no funcionamento posterior do sistema alostático e de resposta ao estresse, bem como em produção e manutenção de sintomas e quadros clínicos complexos.

Estudos mostram que ratas separadas precocemente de suas mães apresentaram comportamento materno disfuncional com sua própria prole, com diminuição do contato físico (comportamento de lambar e acariciar). Além disso, seus filhotes apresentaram resposta alterada ao es-



Indivíduos submetidos a situações de estresse muito intensas apresentam diminuição de estruturas hipocâmpais, disfunções hipotalâmicas e reprogramação do eixo HHA. Da mesma forma, indivíduos que sofrem traumas importantes na infância, como abuso sexual, apresentam níveis permanentemente elevados de cortisol mesmo na idade adulta.

trêsse, como, por exemplo, a ativação do hormônio liberador de corticotrofina e a inibição da expressão de comportamentos e respostas neuroendócrinas ao estresse, o que fortalece a ideia de que a presença do comportamento de lamber e acariciar (cuidados maternos) pode ser determinante no desenvolvimento neuroendócrino. Isso enfatiza que as relações precoces e a qualidade dos cuidados nos primeiros anos de vida são determinantes no comportamento das pessoas ante traumas na vida adulta, mas também evidencia que são determinantes da expressão gênica e de todo o sistema neurológico de resposta ao estresse.⁹

Estudos de neuroimagem mostraram que experiências adversas precoces modificam o funcionamento de áreas do cérebro como o sistema límbico, do qual faz parte a amígdala (já está bem fundamentada sua relação com o processo de reconhecimento do perigo, gatilho das reações emocionais e fisiológicas ao estresse, bem como o fato de que esse mecanismo é a base da interpretação do ambiente, incluindo as relações interpessoais, e do padrão de reações emocionais subsequentes, como a percepção de ameaça, segurança, raiva, medo, etc.).⁸ A capacidade de conexão desse sistema com áreas superiores, como o córtex frontal, tem relação direta com a capacidade de modular esses afetos e as reações comportamentais decorrentes, sendo que o processo de mudança ocorrido na psicoterapia e análise estaria justamente relacionado à modulação de padrões emocionais, em nível do sistema límbico, por centros corticais superiores. Essa capacidade não se restringe à percepção dos próprios sentimentos, mas dos estados emocionais de outras pessoas, o que remete ao conceito de neurônios espelho, localizados principalmente no córtex pré-motor. Esses neurônios são células, descobertas entre os anos 1980 e 1990, que se ativam na execução de uma tarefa e na observação de outra pessoa executando a mesma tarefa, o que está relacionado às tarefas de imitação, aquisição da linguagem, aprendizado e interação social.¹⁰ Eles permitem não apenas a compreensão direta das ações dos outros, mas também de suas intenções, conferindo-lhes um grande significado social e in-

Neurônios espelho permitem não apenas a compreensão direta das ações dos outros, mas também de suas intenções, conferindo-lhes um grande significado social e interacional, de importância suprema nas primeiras relações da infância, bem como no processo psicoterápico ou analítico.

teracional, de importância suprema nas primeiras relações da infância, bem como no processo psicoterápico ou analítico.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO BÁSICO

A ênfase no desenvolvimento cognitivo foi dada pelo psicólogo suíço Jean Piaget ao conduzir estudos sobre como as crianças pensam e se comportam, formulando uma teoria da cognição. A teoria piagetiana tenta explicar o desenvolvimento do pensamento do indivíduo, não o desenvolvimento da personalidade ou da identidade. Teóricos contemporâneos atualizaram a compreensão proposta por Piaget, tendo em vista a constatação de que habilidades evoluídas são percebidas cada vez mais precocemente no desenvolvimento.¹¹ Piaget descreveu quatro estágios principais (ver quadro a seguir) que levam à capacidade do pensamento adulto. Um é pré-requisito para o próximo, mas a forma como crianças diferentes avançam por esses estágios varia conforme sua herança genética e circunstâncias ambientais.¹²

NOÇÕES PSICANALÍTICAS BÁSICAS

A formulação clássica dos aspectos psicológicos do funcionamento mental é fornecida pela psica-

nálise, disciplina estabelecida por Sigmund Freud (1856-1939) e desenvolvida por uma série de pesquisadores da mente, dentre os quais se destacam as contribuições de Anna Freud, Melanie Klein, Karl Abraham, Sandor Ferenczi, W. R. Bion, D. Winnicott, J. Lacan, Margareth Mahler, Erik Erikson e, na atualidade, Otto Kernberg, André Green, Jean Laplanche, Hanna Segal, Janine Chasseguet Smirgel, Joyce MacDougall, Betty Joseph, Paulina Kernberg, Thomas Ogden e Antonino Ferro. A contribuição latino-americana para o desenvolvimento da psicanálise baseia-se principalmente nas contribuições de Angel Garma, Heinrich Racker, Willy e Madeleine

Baranger, Arminda Aberastury, Leon Grinberg e David Liberman.

A palavra *psicanálise* designa uma teoria do funcionamento mental, um método de investigação dos processos mentais inconscientes e um método de tratamento para transtornos emocionais.

Como teoria do funcionamento mental, a psicanálise baseia-se em dois postulados fundamentais: o *determinismo psíquico*, ou *princípio da causalidade*, e a existência do *inconsciente*. O primeiro sustenta que todos os acontecimentos da vida mental são determinados, produzidos ou, ao menos, influenciados por eventos anteriores do

Idade	Estágio	Descrição
0-2	Sensório-motor	Uso de esquemas inatos para compreender o mundo (preensão, sugar e olhar); aprendizagem por ensaio e erro e experimentação; ausência de relações causais e de planejamento; início da capacidade de representação objetal, mas incapacidade de manipular as imagens mentais; ausência de símbolos.
2-6	Pré-operacional	Capacidade de simbolizar; capacidade de manipular mentalmente os símbolos (a vassoura pode virar um cavalo durante a brincadeira); egocentrismo (a criança pressupõe que todos veem o mundo à sua maneira); ausência de conservação (a massinha de modelar em formato esférico é amassada e, mesmo que a criança veja que nenhuma quantidade de massa foi adicionada, ela diz que há mais quantidade no novo formato); início da capacidade de classificação e agrupamento de objetos, mas ausência do princípio de inclusão de classe (p. ex., rosas são parte da classe de flores).
7-12	Operacional concreto	Elaboração de regras e estratégias para compreender o mundo; reversibilidade (operações mentais e ações físicas podem ser invertidas – a massinha amassada pode voltar a ficar redonda); operações matemáticas; ordenação seriada; capacidade de investigar hipóteses; lógica indutiva (do particular para o geral) e não dedutiva.
12+	Operacional formal	Capacidade de previsão, não só de constatação; imaginação de consequências futuras para as ações presentes; solução sistemática e metódica de problemas; lógica dedutiva (se as premissas são verdadeiras, então a conclusão é verdadeira); descentralização da perspectiva egocêntrica.

desenvolvimento, tanto os que ocorreram imediatamente antes quanto aqueles que foram vividos no início do desenvolvimento. Além dos dados clínicos que permitem comprovar o princípio da causalidade, há crescentes evidências de pesquisas recentes que sustentam a relação entre doenças mentais da idade adulta e situações traumáticas da infância. Ao longo deste livro se verá que o autor que estabeleceu de forma mais abrangente a sequência de fases e suas tarefas evolutivas específicas foi Erikson, seguindo e ampliando as formulações iniciais de Freud.

O segundo postulado estabelece que nossa vida mental é predominantemente inconsciente, ou seja, o estado mental consciente corresponde ao que Freud sugeriu ser apenas a ponta de um *iceberg*, de reduzidas proporções em face da imensa massa submersa.¹³ Não temos acesso direto ao inconsciente, mas apenas aos seus derivados, como os sonhos, os atos falhos, os sintomas e as várias manifestações emocionais e comportamentais que se expressam na transferência, conceito que caracterizaremos adiante.

Ao longo do desenvolvimento teórico da psicanálise, foram propostos vários modelos para tentar descrever o desenvolvimento da personalidade e o funcionamento mental. Os mais relevantes para a perspectiva de desenvolvimento adotada neste livro serão agora resumidamente descritos. As contribuições de outros autores serão descritas ao longo dos próximos capítulos.

FREUD

Freud, em 1905, propôs a primeira teoria psicanalítica do desenvolvimento, apresentando estágios sequenciais do desenvolvimento sexual, em que postula não apenas uma teoria sobre o desenvolvimento infantil, mas também uma teoria de interação entre constituição (sequências maturacionais inatas) e experiência. As principais etapas do desenvolvimento infantil estudadas por Freud foram as fases oral, anal e fálica. Na fase fálica, a criança vive, para Freud, um momento crucial de sua estruturação psíquica: o complexo de Édipo. Há uma vivência triangular em que ela passa a

rivalizar com um progenitor em busca da atenção e do amor do progenitor do sexo oposto. Os conflitos vivenciados durante esse período, bem como sua capacidade de resolução, gerariam as bases para as experiências relacionais futuras do indivíduo e determinariam um maior ou menor grau de saúde e doença mental.

Freud descreveu dois modelos principais de organização da mente. O primeiro, conhecido como primeira tópica, ou teoria topográfica, divide a mente em consciente, pré-consciente e inconsciente. O consciente é formado pelas ideias e pelos sentimentos que estão em nossa mente a cada dado momento. O pré-consciente inclui conteúdos mentais que podem ser facilmente trazidos à consciência pelo simples aumento da atenção ou esforço de memória. Já o inconsciente apresenta conteúdos mentais censurados por serem inaceitáveis, sendo reprimidos e não podendo emergir tão facilmente à consciência. As evidências clínicas que Freud utilizou para comprovar a existência do inconsciente foram os sonhos e as parapraxias (lapsos ou atos falhos).¹³

A segunda tópica, ou modelo estrutural (1923), passa a considerar a existência de três instâncias ou estruturas psíquicas na mente: ego, id e superego.^{14,15} Nesse modelo, o *ego* era entendido como uma espécie de moderador entre as de-

O *id* é uma instância psíquica totalmente inconsciente que inclui as pulsões – de vida e morte ou amorosas e agressivas –, tendo como objetivo descarregar a tensão provocada pela operação dessas forças. É controlado pelos aspectos inconscientes do ego e pelo superego, que incorpora a consciência moral e o ideal de ego.

mandas pulsionais (provindas do *id*) e a realidade externa, tendo aspectos conscientes e inconscientes. O aspecto consciente seria o órgão executivo da mente, responsável pelas tomadas de decisão e pela integração perceptiva. O aspecto inconsciente conteria os mecanismos de defesa, como a repressão, necessários para defender o ego das pulsões poderosas da sexualidade (libido) e da agressividade, oriundas do *id*. O *id* é uma instância psíquica totalmente inconsciente que inclui as pulsões – de vida e morte ou amorosas e agressivas –, tendo como objetivo descarregar a tensão provocada pela operação dessas forças. É controlado pelos aspectos inconscientes do ego e pelo superego, que incorpora a consciência moral e o ideal de ego. O *superego* é formado a partir das identificações inconscientes com as figuras dos pais e de outras pessoas significativas, ou seja, é o herdeiro do complexo de Édipo. Nele estão contidos os valores próprios do indivíduo e os elementos da cultura da qual o sujeito faz parte.

Um conceito central daí decorrente é o de conflito psíquico, resultante essencialmente da luta entre poderosas forças inconscientes que buscam expressão e forças opostas que impedem seu surgimento. Na neurose, o conflito ocorre entre o ego (que se alia com a realidade externa) e o *id*; na psicose, o conflito se daria entre o ego (que se alia com o *id*) e a realidade externa; na perversão, o conflito estaria entre o ego (que se alia com o *id*) e o superego. O conflito produz uma ansiedade de alarme ou ansiedade-sinal, inconsciente, que coloca em ação os mecanismos de defesa. Assim, o conflito produz ansiedade, que resulta em defesa, levando a um compromisso entre o *id* e o ego. A partir do conflito, surge o sintoma, constituindo uma formação de compromisso que, ao mesmo tempo, defende contra o surgimento do desejo proveniente do *id* e o gratifica de uma forma simbólica.

Os mecanismos de defesa contra a ansiedade são de grande importância para a compreensão do funcionamento psíquico normal e patológico. Os principais mecanismos de defesa e sua caracterização serão descritos adiante.



MELANIE KLEIN

Em contraste com a teoria freudiana, porém complementando-a, Melanie Klein e colaboradores, citados por Segal,¹⁶ descreveram um modelo que privilegia as relações de objeto primitivas e duas posições evolutivas – esquizoparanoide e depressiva –, bem como postula que o conflito psíquico ocorre desde o início do desenvolvimento, considerando que o sadismo atua como um fator determinante no conflito mental. A posição esquizoparanoide ocorre nos primeiros meses e é caracterizada por intensa ansiedade persecutória, provocada pela sensação de que a mãe, ou partes dela, está cindida. O bebê percebe as pessoas de forma parcial e as dota de características ora boas, ora más. Essa cisão ocorre por ação da agressividade inconsciente do bebê e faz com que o objeto percebido como mau torne-se uma ameaça iminente. Aos poucos, o bebê vai percebendo que o mesmo objeto é percebido como bom e como mau, experimentando sentimento de culpa por ter tentado destruir, de modo inconsciente, o objeto bom anteriormente percebido como mau. Disso advém a posição depressiva. Na posição depressiva, o bebê percebe a mãe e os demais objetos como mais integrados, reconhece-os como objeto total (em contraste com os objetos parciais, ou partes deles, da posição anterior) e é capaz de relacionar-se com mais tranquilidade e menos temor persecutório.

O bebê percebe as pessoas de forma parcial e as dota de características ora boas, ora más. Essa cisão ocorre por ação da agressividade inconsciente do bebê e faz com que o objeto percebido como mau torne-se uma ameaça iminente.

Klein sugeriu que a presença de ansiedade excessiva na infância e o predomínio de um superego primitivo e severo conduzem a distúrbios no desenvolvimento do ego e a psicoses. Ela descreveu um novo mecanismo de defesa: a identificação projetiva. Na identificação projetiva, o sujeito projeta partes de seu *self*, ou eu, na mente de outra pessoa. Essa pessoa é acionada inconscientemente a identificar-se com a parte projetada e passa a comportar-se ou a experimentar sentimentos conforme esse aspecto do outro colocado dentro de si. O reconhecimento e a descrição desse mecanismo foram possivelmente o que modificou a compreensão das relações analista-paciente e médico-paciente, como veremos a seguir.

BION

Seguindo a teorização kleiniana, Bion, citado por Hinshelwood,¹⁷ descreveu com maior sofisticação a estrutura de mente, sugerindo que todo o desenvolvimento psíquico ocorre a partir das experiências emocionais vividas nos vínculos humanos. Esse desenvolvimento se iniciaria na primitiva relação mãe/bebê, em que a mãe “emprestaria” sua mente, sua capacidade de pensar, para compreender e transformar as emoções brutas do bebê em elementos psíquicos com significado. A mãe seria, então, continente para as emoções do bebê, estabelecendo uma primeira relação transformadora continente/contido. Com o passar do tempo, o bebê identifica-se com essa função continente e transformadora da mãe e, assim, adquire uma função essencial que o tornará capaz não só de conter suas próprias emoções, como também de transformá-las em elementos psíquicos capazes de serem memorizados, sonhados e armazenados. Em suma, Bion concebe que assim se constrói a mente humana. Ele denomina esses elementos brutos de elementos beta; os elementos frutos da transformação foram batizados de elementos alfa; e a função transformadora, por sua vez, de função alfa.

Além disso, Bion concebe que a mente oscila permanentemente entre dois estados básicos, Ps

e D, ou seja, esquizoparanoide e depressivo, conforme descritos por Klein. Tal oscilação é que dá flexibilidade à mente e permite que novas experiências sejam assimiladas. Ou seja, Bion conceitua que, quando somos expostos a uma nova experiência emocional, entramos em uma certa desorganização psíquica (Ps), e que, se pudermos tolerá-la, a seguir chegaremos a um novo estado, mais organizado (D), tendo aprendido algo novo.

WINNICOTT

Winnicott¹⁸ enfatizou o papel da “mãe suficientemente boa” no equilíbrio entre o verdadeiro e o falso *self*, permitindo que o primeiro se expresse em situações socialmente aceitáveis. Na teoria de Winnicott, a influência de uma mãe suficientemente boa, aquela que estimula de forma repetida a segurança do lactente, reconhecendo e satisfazendo o gesto espontâneo do bebê, fortalece o fraco ego infantil e cria, a partir disso, um verdadeiro *self*, resultado, portanto, do sucesso da mãe em sua função. Nem gratificando demais, o que impede que seu filho reconheça a realidade ou que tenha frustrações necessárias para seu desenvolvimento (do pensamento, como já dizia Bion), nem gratificando tão pouco que ele não possa fortalecer seu ego e desenvolver sua au-

Na teoria de Winnicott, a influência de uma mãe suficientemente boa, aquela que estimula de forma repetida a segurança do lactente, reconhecendo e satisfazendo o gesto espontâneo do bebê, fortalece o fraco ego infantil e cria, a partir disso, um verdadeiro *self*, resultado, portanto, do sucesso da mãe em sua função.

toestima e sua criatividade. Uma mãe que não é suficientemente boa falha em satisfazer as necessidades e em complementar a autonomia do bebê ou o faz em excesso, de modo que este não pode mais reconhecer a realidade como tal. Nesse caso, a mãe substitui a espontaneidade do bebê por sua própria conduta, falhando em funcionar como um espelho para seu filho (Winnicott também enfatizou a importância do espelhamento na relação do bebê com a mãe); assim, as funções se invertem, e o bebê acaba submetendo-se a uma mãe possivelmente onipotente, auto-centrada e arrogante. Trata-se do estágio inicial do falso *self*, resultante da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do bebê.¹⁸

ERIKSON

Erik H. Erikson, um dos mais influentes psicanalistas norte-americanos, ampliou a teoria psicanalítica do desenvolvimento para fora dos laços da família nuclear, focalizando seu interesse além das questões da importância das primeiras experiências do bebê e do romance familiar edípico para o mundo mais amplo, a sociedade, onde a criança

interage com amigos, professores, etc., em seu contexto cultural. Ele foi além de Freud ao descrever o desenvolvimento após a puberdade, contestando a noção de que a experiência infantil é o único determinante de padrões de personalidade ao longo da vida. Erikson considera que a pessoa evolui durante toda a vida, interagindo constantemente com o meio ambiente. Sua teoria é voltada para o desenvolvimento do ego ao longo do ciclo vital, sendo o ego a ferramenta utilizada pelo indivíduo para organizar informações externas, testar percepções, selecionar memórias, realizar ações adaptativas e integrar capacidades de orientação e planejamento. Ele descreve oito estágios do desenvolvimento do ego, que abrangem desde o nascimento até a morte. Cada estágio apresenta aspectos positivos e negativos, é marcado por crises emocionais e é afetado pela cultura particular do indivíduo e por sua interação com a sociedade da qual faz parte. Define como básico o *princípio epigenético*, no qual cada estágio psicossocial serve como base para o subsequente.¹⁹ O mais importante é que considera que a personalidade continua a ser moldada no decorrer dos oito estágios seguintes:

Estágio	Crise psicossocial
I. Bebê	Confiança básica × Desconfiança
II. Primeira infância	Autonomia × Vergonha, dúvida
III. Infância intermediária	Iniciativa × Culpa
IV. Idade escolar	Atividade × Inferioridade
V. Adolescência	Identidade × Confusão de identidade
VI. Adulto jovem	Intimidade × Isolamento
VII. Adulto	Generatividade × Estagnação
VIII. Idoso	Integridade de ego × Desespero

Cada crise psicossocial possibilita, se bem elaborada, uma aquisição significativa à personalidade do sujeito:

- I. Esperança
- II. Vontade/Desejo

- III. Objetivo/Propósito
- IV. Competência
- V. Fidelidade
- VI. Amor
- VII. Cuidado
- VIII. Sabedoria

Por sua vez, cada estágio do ciclo vital terá um resultado patológico diferente se não for concluído de forma bem sucedida.²⁰



PSICOLOGIA DO EGO

Hartmann²¹ e seus colegas da psicologia do ego descreveram um modelo em que há matrizes inatas desde o início do desenvolvimento, áreas livres de conflito e uma busca de adaptação com relação ao meio ambiente expectante.

Nessa tradição teórica, M. Mahler e colaboradores²² estudaram as relações de objeto na primeira infância e fizeram uma contribuição significativa para a compreensão do desenvolvimento da personalidade. Descreveram o processo de separação-indivuação a partir da observação empírica de crianças em desenvolvimento, resultando no sentido subjetivo de separação entre o indivíduo e o mundo ao seu redor. O processo de separação-indivuação começa no terceiro ou quarto mês de vida e termina em torno dos 36 meses.

Outro autor importante dessa escola é René Spitz,²³ com seu conceito de “organizador”. Para ele, o primeiro organizador é a resposta do sorriso, em torno das primeiras seis semanas de vida, quando o bebê reage de forma consistente e repetida em resposta a uma face humana, o que sugere que essa face representa o primeiro objeto “não eu” para o bebê, com a função de ligar eventos externos e internos. O organizador seguinte é a “resposta ao estranho”, que ocorre em torno dos 7 meses de idade. A criança reage evitando, com apreensão, uma pessoa estranha ao seu ambiente, sinalizando o vínculo a alguém específico (mãe ou cuidador). O terceiro organizador de Spitz é o desenvolvimento do “não”, que sinaliza a presença de um ser separado, que pode recusar algo utilizando o não, mostrando-se um centro de desejos separado da mãe.

As contribuições de Bowlby

Outro autor psicanalítico que nos ajuda a compreender todas essas relações é John Bowlby, com a sua teoria do apego. Essa teoria considera a exis-

tência de um comportamento inato da criança de buscar o cuidador, principalmente em situações de medo e perigo. Ele coloca a função do apego como uma capacidade cognitiva instintiva, que tem uma função adaptativa de propiciar proteção no início da vida e desencadear o comportamento de cuidado – capacidade de apego complementar (afeto/proteção) – por parte do cuidador. Essa capacidade de apegar-se, vincular-se, pode aumentar ou diminuir de acordo com o correspondente complementar de apego fornecido pelo ambiente e pelas principais relações da infância precoce. Também cita a exclusão defensiva, em que o bebê tem condições de excluir da memória situações com as quais ainda não tem recursos para lidar, como um mecanismo de defesa que deve ser usado em proporções ideais, nem demais nem de menos.²⁴

Esse autor considera que a relação da criança com seus pais é influenciada pelas características do infante, dos progenitores e da relação dinâmica entre eles. A resposta dos pais, no sentido de estarem atentos, disponíveis, sensíveis às necessidades da criança e que confortem amorosamente em situações de medo em que ela busque proteção, sem limitar sua autonomia, seria crucial no desenvolvimento da personalidade. Os pais são como uma “base segura”, resultando em competência da criança para explorar e se relacionar com o mundo. O indivíduo se tornaria confiante e esperançoso, aumentando o esforço mediante falhas/obstáculos, sendo mais “resistente” a si-

A teoria do apego considera a existência de um comportamento inato da criança de buscar o cuidador, principalmente em situações de medo e perigo.

tuações adversas, sentindo-se capaz de ajudar-se e de ser ajudado. Esse padrão de vínculo pode ser considerado um fator de resiliência, que facilitaria a adaptação do indivíduo a situações adversas na vida adulta. No entanto, se os pais estão frequentemente indisponíveis ou não reconhecem as necessidades da criança, se estabelece o que Bowlby chamou de apego inseguro ansioso-resistente, e a criança torna-se excessivamente ansiosa em relação a separações e em sua exploração do mundo. Outra possibilidade de apego inseguro é o tipo ansioso-evitativo, que tende a se estabelecer quando a criança não recebe conforto ao buscar ajuda e segurança, mas atitudes de rechaço e rejeição, levando-a a buscar viver sentindo que não precisa de ninguém. Nesses casos, quando a criança e seus cuidadores falham em estabelecer o chamado apego seguro, o indivíduo estaria mais sujeito a sensações de descontrole e imprevisibilidade que, na vigência de um evento traumático, levariam a aumento do risco de psicopatologia, ou seja, menor resiliência.

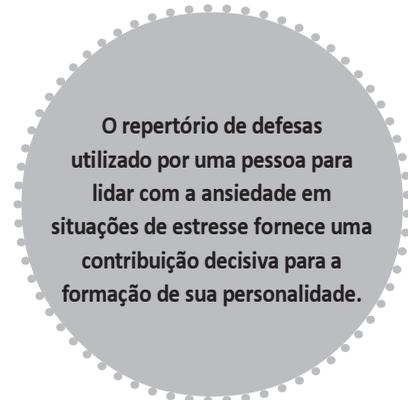
MECANISMOS DE DEFESA

O conhecimento dos principais mecanismos de defesa é de grande utilidade para a compreensão do funcionamento da mente, tanto dos processos mentais normais como dos patológicos. Seu estudo foi iniciado por Freud e seguido por sua filha Anna Freud, Melanie Klein e autores posteriores, que ampliaram e detalharam alguns mecanismos específicos, como repressão, formação reativa, anulação, introjeção, identificação, projeção, identificação projetiva e sublimação, entre outros.

O repertório de defesas utilizado por uma pessoa para lidar com a ansiedade em situações de estresse fornece uma contribuição decisiva para a formação de sua personalidade.

Os mecanismos de defesa podem ser classificados de várias maneiras, por exemplo, levando em consideração a fase libidinal em que surgem, de acordo com uma forma particular de psicopatologia, como simples ou complexos, etc.

Consideramos aqui a classificação em defesas narcísicas, imaturas, neuróticas e maduras, se-



O repertório de defesas utilizado por uma pessoa para lidar com a ansiedade em situações de estresse fornece uma contribuição decisiva para a formação de sua personalidade.

guindo a sistematização e a descrição propostas por Gabbard²⁵ e adaptando-a aos propósitos deste capítulo.

Defesas maduras: são as defesas consideradas adaptativas, pois conseguem maximizar a gratificação do impulso e permitem o conhecimento consciente de sentimentos, ideias e suas consequências. Esses mecanismos envolvem um balanço adequado entre manter a ideia e o afeto na mente enquanto se atenua o conflito. Esse nível de funcionamento defensivo indica uma adaptação mais favorável no manejo dos estressores.

Defesas neuróticas: são as defesas que permitem as formações de compromisso, ou seja, o indivíduo mantém ideias, sentimentos, recordações, desejos ou temores, considerados potencialmente ameaçadores, fora da consciência. São defesas que alteram afetos, sentimentos internos ou expressão dos instintos, fazendo que o indivíduo pareça estar sempre às voltas com suas preocupações pessoais e seus problemas insolúveis.

Defesas imaturas: são as defesas narcísicas, que envolvem uma maior distorção na imagem de si mesmo ou de outros, podendo ser empregadas para regular a autoestima. Caracterizam-se por manter os estressores, impulsos, ideias, afetos ou responsabilidades desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, atribuindo-os, em geral de forma incorreta, a causas externas. Tendem a ser

usadas por pessoas que se sentem ameaçadas pela intimidade interpessoal ou que se comportam de forma socialmente indesejável.

Cada mecanismo de defesa é assim definido:²⁶

- 1 **Sublimação:** obter gratificação de impulsos e retenção de metas, mas alterando uma meta ou objeto socialmente reprovável para um socialmente aceito. Permite que os instintos sejam canalizados em vez de bloqueados ou reprimidos. Os sentimentos são reconhecidos, modificados e voltados em direção a um objeto ou meta significativo e uma pequena satisfação instintiva ocorre. (Maduro)
- 2 **Humor:** usar humor para expressar abertamente sentimentos e pensamentos sem desconforto ou imobilização pessoal e sem produzir um efeito desagradável nos outros. Permite que a pessoa tolere e ainda assim focalize o que é terrível demais para ser suportado. (Maduro)
- 3 **Antecipação:** antecipar realisticamente algum desconforto futuro. É voltado a uma meta e implica um planejamento cuidadoso ou preocupação e antecipação afetiva prematura, porém realista, de resultados calamitosos e potencialmente assustadores. (Maduro)
- 4 **Supressão:** consciente ou semiconscientemente adiar prestar atenção a um impulso ou conflito. As questões podem ser deliberadamente interrompidas, mas não são evitadas. O desconforto é reconhecido, mas minimizado. (Maduro)
- 5 **Racionalização:** oferecer explicações racionais em uma tentativa de justificar atitudes, crenças ou comportamentos que podem, de outro modo, ser inaceitáveis. (Maduro)
- 6 **Anulação:** lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamentos destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis. (Neurótico)
- 7 **Pseudoaltruísmo:** o indivíduo ajuda o outro com o propósito de sentir-se (a si próprio) gratificado. (Neurótico)
- 8 **Idealização:** lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo a outros qualidades positivas exageradas. (Neurótico)
- 9 **Formação reativa:** transformar um impulso ou sentimento inaceitável em seu oposto. (Neurótico)
- 10 **Projeção:** atribuir os próprios sentimentos e desejos a outra pessoa devido a esses sentimentos internos serem intoleráveis ou dolorosos. (Imaturo)
- 11 **Agressão passiva:** expressar agressividade em relação a outros indiretamente por meio de passividade e masoquismo e voltar-se contra si mesmo. (Imaturo)
- 12 **Atuação (*acting out*):** expressar um desejo ou impulso inconsciente por meio da ação, evitando tomar consciência de um afeto concomitante. A fantasia inconsciente é vivida impulsivamente no comportamento, gratificando o impulso, em vez da proibição contra ele. Envolve ceder cronicamente a um impulso para evitar a tensão que resultaria do adiamento de sua satisfação. (Imaturo)
- 13 **Isolamento:** dissociar ou separar uma ideia do afeto que a acompanha e é reprimido. (Imaturo)
- 14 **Desvalorização:** lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros. (Imaturo)
- 15 **Fantasia autística:** lidar com o conflito emocional ou estressores externos ou internos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resoluções de problemas. (Imaturo)
- 16 **Negação:** evitar a percepção de algum aspecto doloroso da realidade negando dados sensoriais. A negação abole a realidade externa. (Imaturo)
- 17 **Deslocamento:** mudar uma emoção ou cativeira de impulso de um objeto ou ideia para outro que se assemelha ao original em algum aspecto ou qualidade. Permite a representação

simbólica da ideia ou do objeto original por outro que evoca menos angústia. (Imaturo)

- 18 **Dissociação:** modificar de modo temporário e drástico, o caráter de uma pessoa ou o próprio sentimento de identidade pessoal para evitar angústia. Estados de fuga e reações de conversão histérica são exemplos de dissociação. (Imaturo)
- 19 **Cisão:** lidar com o conflito emocional ou estressores internos e externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou dos outros, em imagens coerentes. (Imaturo)
- 20 **Somatização:** converter derivados psíquicos em sintomas corporais e tender a reagir com manifestações somáticas em vez de psíquicas. (Imaturo)

A RELAÇÃO COM O PACIENTE

Os vários modelos psicanalíticos da mente e do funcionamento psíquico têm como decorrência prática a concepção de uma relação terapêutica que se baseia em um interjogo inconsciente entre terapeuta e paciente e entre médico e paciente. Dois conceitos básicos nesse sentido são os de transferência e de contratransferência. A transferência é a reedição de sentimentos, ideias, fantasias ou experiências infantis na relação atual com o terapeuta ou profissional da saúde. Assim, as experiências infantis com os pais ou outras figuras significativas são revividas na relação terapêutica atual, em que o terapeuta pode ser visto como figura idealizada ou persecutória, alternada ou sucessivamente. A compreensão dos fenômenos transferenciais é central para se entender a atitude e as expectativas do paciente em relação ao terapeuta e à equipe de saúde.

Em resposta à transferência, o terapeuta reage com ideias, sentimentos e fantasias inconscientes que constituem a contratransferência. Considerada inicialmente como um obstáculo para o tratamento analítico e para a compreensão da relação com o paciente, a maioria das escolas con-

A compreensão dos fenômenos transferenciais é central para se entender a atitude e as expectativas do paciente em relação ao terapeuta e à equipe de saúde.

temporâneas a aceita como essencial, pois possibilita entender o que está se passando na relação bipessoal, assim como o nível de desenvolvimento emocional apresentado pelo paciente tanto naquele momento como ao longo de sua evolução.

A partir das contribuições de Willy e Madeleine Baranger²⁷ e de outros autores mais recentes, foi possível entender que se estabelece um campo analítico em que o terapeuta e o paciente acabam por desenvolver uma relação única, com fantasias inconscientes compartilhadas, assim como áreas de resistência mútua denominadas baluartes, que vão determinar o maior sucesso ou insucesso de cada relação terapêutica. Para que uma adequada ação terapêutica seja exercida, é necessário que o terapeuta se coloque em uma posição de certa neutralidade possível em relação ao paciente, em que possa ser ao mesmo tempo natural e espontâneo e preservar a assimetria da relação.²⁸

Assim, na medida em que se espera que um estudante das áreas da saúde aprenda a relacionar-se com as pessoas que observa, espera-se também que esteja, dessa forma, se preparando para estabelecer relações adequadas e éticas com seus pacientes, respeitando, reconhecendo e identificando tanto as suas próprias reações emocionais como as de seu paciente, em qualquer fase do ciclo vital, pois isso será decisivo para o diagnóstico e o tratamento das várias situações encontradas em sua atividade clínica.



REFERÊNCIAS

1. Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I, organizadores. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. Lampert K, Kinsley CH. Neurociência clínica: as bases neurobiológicas da saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Levi-Montalcini R, Hamburger V. Selective growth stimulating effects of mouse sarcoma on the sensory and sympathetic nervous system of the chick embryo. *J Exp Zool.* 1951;116(2):321-61.
4. Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS. Noções básicas sobre o funcionamento psíquico. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 15-27.
5. Riesgo RS. Anatomia da aprendizagem. In: Rotta NT, Ohlweiler L, Riesgo RS. Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 21-42.
6. Cannon WB, Rosenblueth A. The supersensitivity of denervated structures: a law of denervation. New York: MacMillan; 1949.
7. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav.* 2012;106(1):29-39.
8. Grassi-Oliveira R, Ashy M, Stein LM. Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):60-8.
9. Hyman SE. How adversity gets under the skin. *Nat Neurosci.* 2009;12(3):241-3.
10. Rizzolatti G. The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol.* 2005;210(5-6):419-21.
11. Bee H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artmed; 1997.
12. Piaget J. A equibração das estruturas cognitivas: problema central do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
13. Freud S. O inconsciente. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14.
14. Freud S. O ego e os mecanismos de defesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1972.
15. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19.
16. Segal H. Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
17. Hinshelwood RD. A dictionary of Kleinian thought. London: Free Association Books; 1989.
18. Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988. p. 437-5.
19. Erikson EH. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
20. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
21. Hartmann H. La psicología del yo y el problema de la adaptación. Mexico: Pax; 1962.
22. Mahler MS, Pine F, Bergman A. The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation. New York: Basic Books; 1975.
23. Spitz R. A. The first year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York: International Universities Press; 1965.
24. Bowlby J. As origens do apego. In: Bowlby J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 33-47.
25. Gabbard G. Psicanálise. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Tratado de psiquiatria. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.
26. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Tratado de psiquiatria. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.
27. Baranger M, Baranger W. La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis.* 1961;4(1):3-54.
28. Eizirik CL. Da ação terapêutica da psicanálise. In: Ferro A, Basile R, organizadores. Campo analítico: um conceito clínico. Porto Alegre: Artmed; 2012. No prelo.



LEITURAS RECOMENDADAS

- Fenichel O. Teoria psicoanalítica de las neuroses. Buenos Aires: Paidós; 1946.
- Tyson P, Tyson RL. Teorias psicanalíticas do desenvolvimento: uma integração. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999.