



**INSTRUMENTO PSICANALÍTICO DE
AVALIAÇÃO – API/3 – APIA/6 – APAD -
ACOMPANHAMENTO PSICANALÍTICO
3 ANOS/6ANOS E ADULTO.**

SOUSA, Cleuber Cristiano de.

**ETAPAS DE UMA PESQUISA EM
PSICANÁLISE:**

**ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E
TDAH/ AROMATERAPIA**

**Instrumentos de Acompanhamento
Psicanalítico – API3 – Infantil/3 anos –
APIA/6 – Infantil/6 anos e APAD - Adulto.**

A avaliação, seja ela de qualquer natureza, está relacionada ao fato de realização de uma análise em dimensão específica, ou seja, podendo se valer do raciocínio lógico-matemático, da orientação verbal-linguística, da natureza intrapessoal ou interpessoal, da manifestação cultural, do manifesto, das relações de personalidade e de componentes cognitivos e de inteligência.

Assim, esta análise pode ser de valores, com tangência quantitativa e de corte, sendo por cálculos e orientado pela matemática de forma objetiva se subsidiando das características humanas ou de comportamento ou psicológica. O que se confirma é que a concatenação está no vínculo com a valoração do objeto de valor com determinação dada por aquele que avalia e faz valer a sua lente de analista. Este analista sistematiza os saberes relacionados às etapas de valoração, às formas e diretrizes de análise, com um escopo de abrangência definido e uma técnica de análise quantitativa ou qualitativa.

Os procedimentos e métodos analíticos, sejam eles comportamentais ou objetivos na sua relação histórico-constitutiva, circunscrevem-se na aplicação de instrumentos e técnicas de análise. Então, pode-se dizer que emerge da necessidade de compreensão dos fenômenos

comportamentais humanos e na predição, interpretação e explicação desses fenômenos. Não há o desprezo aos conhecimentos empírico, filosófico e teológico, mas é no conhecimento observável, validado, passível de reprodução, que é o científico, que nos apegamos para qualquer tipo de análise no campo da avaliação humana, ela se dá na ciência e pela ciência.

Esta série de procedimentos e métodos de análise da que se trata a avaliação tem na cientificidade sua natureza mais específica e efetiva e é nas sessões, nos instrumentos e técnicas de avaliação que se relacionam as condições dos métodos e técnicas de aplicabilidade operacional do instrumento de avaliação. É importante sempre fundamentar a avaliação em um componente de contextualização operante, porque o contexto no qual a avaliação se insere é solo fértil de assertividade e garantia de fidedignidade.

Os construtos psicológicos e psicanalíticos a serem investigados se depreendem de instâncias dos estudos psíquicos e suas respectivas abordagens, psicanalítica, comportamental, sistêmica e outras. A base nos propósitos da avaliação psicológica orienta os objetivos globais e específicos de orientação do trabalho de avaliação, adequando, assim, as características dos instrumentos e técnicas aos indivíduos avaliados no processo de investigação.

Os dez passos básicos do processo avaliativo se referem à identificação da demanda, delimitação dos fenômenos psicológicos, fundamentação teórica, coleta de dados, análise e significação, conclusões, decisões e estratégias, elaboração do informe e devolução ou devolutiva. A base das premissas da avaliação, e deste modo se insere a avaliação psicológica, segue esta estrutura acima, pressupondo acuidade, eficácia, efetividade e fidedignidade nas etapas e ocorrência do processo avaliativo.



A identificação da demanda se fundamenta na investigação das questões de demanda real de avaliação, ou seja, o demandante, a pessoa, a escola, ou quem quer que solicite a avaliação. Assim, é necessário investigar o sujeito da avaliação, os dados da pessoa que passará pelo processo, compreendendo os motivos que levaram à avaliação.

É necessário saber por que avaliar, pois é nessa orientação que se deve estruturar o processo avaliativo. A delimitação dos Fenômenos Psicológicos apresenta o objeto que deverá ser avaliado, sendo que poderão aparecer outras questões, mas o mais importante é se concentrar no foco da demanda e na precisão que deve ter na devolutiva. Verificar o que vai avaliar de forma centrada permite resposta operante e pragmática. Uma forma de não se tornar prolixo no processo de avaliação é proceder a um *check list*.

A fundamentação teórica se refere ao conhecimento de forma precisa e objetiva dos fenômenos a serem avaliados, investigando de forma operacional os componentes psicopatológicos de sinais, sintomas, transtornos, distúrbios e doenças, sabendo que o conhecimento dos sinais e sintomas possibilita um diagnóstico psicopatológico de caráter investigativo de natureza científica. É na referência do processo teórico, técnico, metodológico e instrumental/científico que todo o processo avaliativo deve se fundamentar.

O manejo das ferramentas e técnicas da avaliação, pesquisa e investigação é condição *sine quae non* para manter a precisão dos resultados da avaliação. Deve-se focar nas considerações operacionais, nos componentes éticos e na forma em que serão armazenados os dados, para que *a posteriori* seja manuseados da forma correta. É na coleta de dados que se manuseia as ferramentas e técnicas planejadas para a avaliação.

A subjetividade é um componente humano importante para a compreensão da demanda e mesmo seu redimensionamento, mas é centrado na análise do material coletado com as ferramentas e técnicas que o avaliador deve se fixar. É uma proposta objetiva de ciência e não hipóteses e senso comum. É nesta operacionalização que se prima pela fundamentação teórica das técnicas, restringindo a interpretação subjetiva dos fatos. As conclusões do processo avaliativo resultam da limitação e restrição ao atendimento específico da demanda da sua observação e dos dados coletados e analisados de forma objetiva e pragmática.

Ao concluir o processo de avaliação as decisões e estratégias são mensuradas e resultam na operacionalização das ações e atitudes, bem como no planejamento de intervenções a ser administrado durante o processo avaliativo. É nessa orientação que se fundamenta a elaboração do informe que será redigido, segundo a especificidade dos itens anteriores: relatório multiprofissional ou psicológico, declaração, atestado, parecer e laudo, que são tipos de informes decorrentes da avaliação.

A devolução e/ou devolutiva é a etapa de entrega e deve se fundamentar em um compromisso ético, amparado pela utilização dos novos códigos e tecnologias, com vistas a contemplar o sujeito demandante e a demanda, dentro da sua forma, extensão e objeto.

PSICANÁLISE E ESTRUTURA QUATERNÁRIA

Abaixo serão apresentadas etapas possíveis para a elaboração de uma pesquisa no que se refere ao atendimento clínico em API/3. APIA/6 e APAD, segundo a Estrutura Quaternária. O modelo se desenvolve como Acompanhamento Psicanalítico Infantil 3 anos, Acompanhamento Psicanalítico Infantil Ampliado 6 anos e Acompanhamento Psicanalítico Adulto :



1. Associação livre
2. Dimensionamento e redimensionamento do sintoma.
3. Demanda.
5. Transferência.
6. Contra-transferência.
7. Processo de Cura

Ao pensarmos a Associação Livre como um método utilizado por S. Freud, com intuito de fazer o analisando falar o que lhe viesse à mente, retornamos, assim, a ideia inicial de Freud de substituição da hipnose como recurso de tratamento da histeria, nos estudos primeiros sobre este tratado. A associação livre de ideias é o caminho promissor rumo ao acesso ao inconsciente, tal como se referia de forma *regia*.

O dimensionamento e redimensionamento do sintoma é uma atividade binária, exercício este do *setting* psicanalítico que se refere ao analista e analisando. O analisando dimensiona seu sintoma por meio dos sentidos, pela forma em que prescinde uma série de acontecimentos no âmago de sua existência. Ele tem o contato com seus pesares e os dimensiona segundo sua propriedade egóica de representação social.

O redimensionamento é tarefa sumária do analista que percebe nos vieses os deslocamentos e as condensações de sua fantasia. Não é uma fabulação qualquer é um ritual de elementos, atos e fatos que se relacionam de forma dinâmica e decifrável, no ponto de vista da interpretação. Retornar à gênese do objeto de recalque. Proceder de forma legítima ao chamado do real.

O desejo do analisando com base nas suas percepções, comparações e sublimações se apresentam na demanda ofertada ao analista. Na demanda, encontra-se o que se encerra no seu pedido libidinal ao analista. A energia já esvaída e o produto das perdas revelam ao analisando um sentido cristalizado e colado no social.

A transferência e contra-transferência está articulada para a materialidade do *setting* psicanalítico. A possibilidade de fruição sem

a interveniência da repressão na clínica se dá de forma elaborada pelo analisando e a empatia que resulta do comprometimento com esta relação, o compromisso advindo do analista, que é a contra-transferência produz o efeito de procedimento analítico. As relações que se dão na clínica psicanalítica entre analisando e analista, no processo de transferência e contra-transferência.

Não há cura no tratamento psicanalítico, porquanto somos sujeitos cindidos, clivados e incompletos. O processo de cura é o entendimento desta falta e o seu compromisso em se apresentar as experiências, ao novo, às situações de tensão que farão deles pacientes em tratamento psíquico durante toda sua existência neurótica.

Para um modelo de pesquisa em Psicanálise (API/3. APIA/6 e APAD), levando-se em conta os estudos em psicanálise e o sujeito decentrado, clivado, cindido e constituído na história e afetado pelo simbólico, podemos apresentar:

A) Coleta de dados: serão coletadas informações em processamento, a fim de se proceder a uma avaliação qualitativa, utilizando-se o método dedutivo.

B) Levantamento e Análise dos Programas e Publicações

Serão analisadas as linhas teóricas sugeridas pelo conteúdo programático, pelas bibliografias adotadas e pelas publicações produzidas pelas instituições em estudo, para se verificar como o processo de sentido/ leitura /produção e abordagens. As linhas teóricas serão combinadas, relacionadas e comparadas.

C) Acompanhamento de pesquisa

Com base em levantamentos estatísticos, será criada uma amostra significativa de estagiários na instituição escolhida, para verificar diferenças de procedimentos pedagógicos, busca de sentido e os possíveis impactos/influências das bases teórico-metodológicas do ensino e



aprendizagem em articulação com a Psicanálise.

D) Análise de Dados

Os dados do levantamento documental e do acompanhamento dos professores serão analisados para possibilitar a verificação das hipóteses iniciais.

Estudos sobre os modelos estratégicos dos Pensadores caudatários de S. Freud.

E) Avaliação dos resultados obtidos

Os resultados obtidos na avaliação final desta pesquisa poderão servir para ampliar nosso campo de reflexões e contribuir para a melhoria dos procedimentos pedagógicos da clínica da escuta psicanalítica e da compreensão da operacionalização do ensino e aprendizagem.

Para elaboração da API/3, API/6 e APAD é necessário, além das 10 etapas de avaliação, elementos da A/RC (Anamnese e Relatório Circunstanciado):

1. Levantamento bibliográfico sobre o sintoma e problema/demanda/queixa.
2. Crítica e seleção das referências bibliográficas e anamnese e relatório.
3. Fichamento de material bibliográfico (item 1).
4. Elaboração dos instrumentos de coleta de dados (item 1).
5. Elaboração dos instrumentos de análise de dados (item 1).
6. Seleção da amostra (itens 1 e 2).
7. Coleta de dados (itens 1 e 2).
8. Análise e interpretação de dados (itens 1 e 2).
9. Estudo dos modelos estratégicos/Relatório/Apresentação (itens 1 e 2).

A Estrutura Quaternária na Constituição Dos Instrumentos de Acompanhamento

Psicanalítico – API3 – APIA/6 e APAD – Espectro da Esquizofrenia.

O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Estudos Especializados em Psicopatologia, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, firmado por membro da família. A pesquisa foi apresentada à Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil, no I Encontro Estadual de Psicopatologia, para ampliação do caráter interdisciplinar da pesquisa e, também, ao Comitê de Ética e Pesquisa, da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. Participou deste estudo a paciente C.B.F.S., mulher, casada, 36 anos, com acompanhamento de periodicidade inicial em dezembro de 2016.

O diagnóstico consolidado de esquizofrenia foi firmado por uma equipe médica (Neurologista e Psiquiatra), tendo como referência a classificação e o diagnóstico, por distanciamento e aproximação, por compartilhamento de rubrica, e atividade de discriminação de entidades clínicas. Como diagnóstico diferencial de exclusão: depressão, doença cerebral, abstinência, etilismo e drogadição (F.10 a F.19 – CID 10). O Caso Clínico C.B.F.S se fundamenta em uma aspecto transferencial de perdas afetivas desde a infância e situações de indução, com sintomas de fundamento clínico compartilhados pelo Transtorno Delirante Induzido (F.24), situação em que o transtorno delirante e partilhado por duas pessoas ligadas entre si no plano emocional de forma indissociável e irrestrita.

Nesse caso, somente a paciente C.B.F.S. apresenta os sintomas do transtorno psicótico autêntico e o esposo Z.M.S. induz as ideias delirantes. A paciente após surto franco e, posteriormente, surto episódico, foi medicada com olanzapina. Segundo Oliveira (2000), a olanzapina, uma tienobenzodiazepina, é um novo antipsicótico que possui afinidade pelos sítios de ligação D₁-D₄, serotoninérgicos (5-HT_{2,3,6}),



muscarínicos (subtipos 1-5), adrenérgicos (alfa₁) e histaminérgicos (H₁). Nos ensaios clínicos, sugeriu-se que a **olanzapina** diminui os sintomas positivos e os negativos da esquizofrenia, e possui baixa incidência de efeitos extrapiramidais.

Posteriormente, fez uso do **clonazepam** e mesmo com tratamento medicamentoso deste fármaco, tentou suicídio 5 vezes. Está tendo atendimento clínico psiquiátrico, com prescrição de medicamentos neurolépticos, pois seus efeitos refletem o bloqueio competitivo dos receptores dopaminérgicos, e, também, ansiolíticos e sedativos. A paciente C.B.F.S. ainda mantém o uso dos medicamentos neurolépticos, com efeitos compensatórios no acompanhamento clínico, contudo não houve evolução do quadro, com supressão dos sintomas negativos para um processo de cura significativo, com qualidade de vida e tratamento efetivo para a paciente. Não há associação de terapias alternativas ou psicoterapias neste momento.

A Estrutura Quaternária na Constituição Dos Instrumentos de Acompanhamento Psicanalítico – API3 – APIA/6 e APAD - Neuroaromaterapia.

Poderíamos proceder a uma interrogação, por que o estudo da Aromaterapia?

A atuação das moléculas pela via cutânea resulta na absorção dos óleos terapêuticos e sua condução pela circulação do sangue, chegando até os tecidos e órgãos do corpo humano. A condução final dos óleos terapêuticos ocorre em distintos tecidos do corpo, contudo a passagem destas substâncias do local de contato é por meio do intestino.

A medicina ortodoxa tem diretrizes baseadas na clínica tradicional, com utilização de fármacos, em contraposição, a aromaterapia tem uma orientação por meio do uso de concentrados voláteis, conhecidos como óleos

terapêuticos/essenciais, com várias funções químicas, como aldeídos, ésteres, fenóis, álcoois e hidrocarbonetos. No processo de prensagem ou destilação dos vegetais são extraídos os compostos orgânicos. As sementes, flores, frutos e raízes passam por estes processos e o produto desta extração é diluído nas mais distintas concentrações.

O ponto de articulação entre a Aromaterapia e a Neuropsicologia se dá na pressuposição: a classificação na psicopatologia é substituída (em partes) por um diagnóstico amparado pela matriz cultural, pelos processos sociais, psíquicos e somatológicos, bem como a ação de depuração para a extração dos óleos terapêuticos. A absorção é uma propriedade de assimilação que pode ocorrer pela inalação por vias aéreas, pela ingestão ou uso tópico.

Tudo se inicia no controle neurobiológico das emoções, impulsos, sexualidade, reações instintivas, memória, atenção, percepção e demais componentes que decorrem desta inalação, ativação do sistema olfativo pelos nervos olfativos e bulbo, propiciando ligação de forma diretiva com o Sistema Nervoso Central, conduzindo o estímulo ao sistema límbico. Deste processo, há um quociente que chega até a corrente sanguínea dinamizada pelo sistema respiratório.

A atuação das moléculas pela via cutânea resulta na absorção dos óleos terapêuticos e sua condução pela circulação do sangue, chegando até os tecidos e órgãos do corpo humano. A condução final dos óleos terapêuticos ocorre em distintos tecidos do corpo, contudo a passagem destas substâncias do local de contato é por meio do intestino.

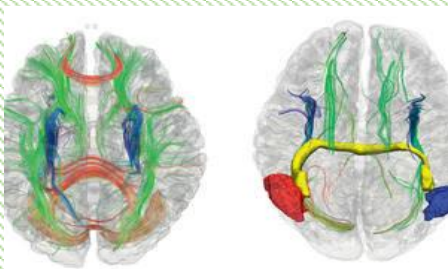
A lavanda se insere no universo dos óleos aromáticos com efeito de bem-estar, sedativo e calmante, já o alecrim age sobre o corpo humano com sinais e sintomas de alternância entre hiperprosexia e vigilância. Em 1988, psicólogos da Universidade de Miami comprovaram por



meio de EEG – Exame Eletroencefalográfico, com 40 pacientes, o efeito de sonolência da lavanda, por significativo rebaixamento da frequência de ondas cerebrais, em contrapartida, o estado de alerta seria confirmado por pacientes com histórico de inalação do alecrim.

O mais relevante é que ao serem monitorados em testes que exigiam raciocínio lógico-matemático, os pacientes que inalaram essência de alecrim tiveram resultados mais satisfatórios dos que os que não tinham recebido tratamento com óleos terapêuticos.

O sulco cerebral, denominada fissura inter-hemisférica, separa o cérebro humano apresentando, assim, dois hemisférios. O feixe de fibras neurais corpo caloso é quem une os dois hemisférios, esquerdo e direito, com intercâmbio de informações ativas e complementares aprimorando os estímulos que se aplicam e operacionalizam a parte antagonista do corpo.



Revista Pesquisa Fapesp/2014

A Estrutura Quaternária na Constituição Dos Instrumentos de Acompanhamento Psicanalítico – API3.

O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Estudos Especializados em Psicopatologia, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, firmado por membro da família. A pesquisa foi apresentada à Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil/MT e a Regional de Medicina Psicosomática/MT.

Esta pesquisa se deu pelo interesse clínico acerca da impossibilidade de leitura e

compreensão lecto-escrita do analisando P.H.B.C., filho de K.R.C e E.B.L., com 10 anos de idade completos e cursando o 3º ano, do Ensino Fundamental. O quadro desta criança do sexo masculino é recorrente em dificuldades de aprendizagem, com orientação para transtornos de aprendizagem de neurodesenvolvimento. Havia suspeita de TDAH, Transtorno de Déficit de Atenção, com Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção.

A indicação pelo relatório da Unidade de Ensino é que o analisando não se desenvolvia, que já havia “reprovado” duas vezes, recorrentemente, e que não aprendia a ler, ficando “nervoso e angustiado” e, às vezes, estressado e desatento, quando se dirigiam a ele. Continuaram suas considerações afirmando que “não escutava” e quando escutava, esquecia (não havia retenção de conteúdo informacional), o que era dito. Não fazia uso de medicamento. Não praticava dieta ou restrição alimentar. Estava acima do peso corporal, com base nas correspondências altura/massa, sendo que esta situação o deixava desconfortável, por sempre seus colegas e familiares se reportarem a ele com apelidos pejorativos. Sua primeira análise fora feita em 2018, contudo sem evolução e acompanhamento.

Em, 2019, foram realizadas outras análises e, por meio de psicoterapias entre família e analisando, os resultados foram exitosos. O analisando já apresenta evolução na leitura, iniciando seu processo de aquisição de correspondência lecto-escrita inicial. A pesquisa ainda se encontra em desenvolvimento. Foram utilizadas terapias como aromaterapia inicial e cromoterapia inicial, juntamente com o início da correspondência lecto-escrita. É necessária mais análise sobre a identificação de sintomas de TDAH, sendo a próxima etapa, atividades de constituição do leitor e, posteriormente, a aplicação do SNAP IV, para identificação de sinais e possíveis sintomas do TDAH, ainda não confirmado.



A relação entre Aromaterapia, Transtorno de Espectro Autista e Transtorno de Déficit de Atenção, com Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção é um fato educacional. É necessário compreender como desenvolver práticas pedagógicas que possibilitem atividades de desenvolvimento dos componentes cognitivos: atenção, memória, aprendizagem, pensamento, percepção, resolução de problemas e linguagem.

É urgente que as pesquisas alcancem o público da escola, porque lá há uma multiplicidade de dificuldades, transtornos e comorbidades. Este estudo inicial se relacionou às psicoterapias e às terapias integrativas para corresponder ao pressuposto holístico do sujeito em sua constituição integral: o sujeito como um todo.

Estas pesquisas devem ser extensivas e ampliadas às práticas integrativas complementares, pelo seu efeito que relaciona o psíquico ao biológico, somato. A articulação entre os estudos destes temas operacionalizam dois efeitos: a mente que tem seus traumas e os prejuízos cognitivos trabalhados, no que se refere a neurociências, por meio do sentido mais efetivo que é o olfato.

O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Estudos Especializados em Psicopatologia, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, firmado por membro da família. A pesquisa foi apresentada à Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil/MT e a Regional de Medicina Psicossomática/MT.

Esta pesquisa se deu pelo interesse clínico acerca da impossibilidade de leitura e compreensão lecto-escrita do analisando P.H.B.C., filho de K.R.C e E.B.L., com 10 anos de idade completos e cursando o 3º ano, do Ensino Fundamental. O quadro desta criança do sexo masculino é recorrente em dificuldades de aprendizagem, com orientação para transtornos de aprendizagem

de neurodesenvolvimento. Havia suspeita de TDAH, Transtorno de Déficit de Atenção, com Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção.

A indicação pelo relatório da Unidade de Ensino é que o analisando não se desenvolvia, que já havia “reprovado” duas vezes, recorrentemente, e que não aprendia a ler, ficando “nervoso e angustiado” e, às vezes, estressado e desatento, quando se dirigiam a ele. Continuaram suas considerações afirmando que “não escutava” e quando escutava, esquecia (não havia retenção de conteúdo informacional), o que era dito. Não fazia uso de medicamento. Não praticava dieta ou restrição alimentar. Estava acima do peso corporal, com base nas correspondências altura/massa, sendo que esta situação o deixava desconfortável, por sempre seus colegas e familiares se reportarem a ele com apelidos pejorativos. Sua primeira análise fora feita em 2018, contudo sem evolução e acompanhamento.

Em, 2019, foram realizadas outras análises e, por meio de psicoterapias entre família e analisando, os resultados foram exitosos. O analisando já apresenta evolução na leitura, iniciando seu processo de aquisição de correspondência lecto-escrita inicial. A pesquisa ainda se encontra em desenvolvimento. Foram utilizadas terapias como aromaterapia inicial e cromoterapia inicial, juntamente com o início da correspondência lecto-escrita. É necessária mais análise sobre a identificação de sintomas de TDAH, sendo a próxima etapa, atividades de constituição do leitor e, posteriormente, a aplicação do SNAP IV, para identificação de sinais e possíveis sintomas do TDAH, ainda não confirmado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre, Transtorno de Espectro Autista e Transtorno de Déficit de Atenção, com Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção é um fato educacional. Anteriormente, em Bleuler, havia referência



histórica entre “autismo” e esquizofrenia, leia-se também as referências da década de 40, com Kanner. É necessário compreender como desenvolver práticas pedagógicas que possibilitem atividades de desenvolvimento dos componentes cognitivos: atenção, memória, aprendizagem, pensamento, percepção, resolução de problemas e linguagem.

É urgente que as pesquisas alcancem o público da escola, porque lá há uma multiplicidade de dificuldades, transtornos e comorbidades. Este estudo inicial se relacionou às psicoterapias e às terapias integrativas para corresponder ao pressuposto holístico do sujeito em sua constituição integral: o sujeito como um todo.

Estas pesquisas em Psicanálise (API/3, APIA/6 e APAD) devem ser extensivas e ampliadas às práticas integrativas complementares, pelo seu efeito que relaciona o psíquico ao biológico, somato. A articulação entre os estudos destes temas operacionalizam dois efeitos: a mente que tem seus traumas e os prejuízos cognitivos trabalhados, no que se refere a neurociências, por meio do sentido mais efetivo que é o olfato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Mundial da Saúde – OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. CID-10*. 8. São Paulo: EDUSP, 2000. 119p.

American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FREUD, S. *Totem e tabu*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.13.

_____. *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Imago, 1992. v.21.

_____. *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.6.

_____. *O método psicanalítico de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7.

_____. *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. *Recordar, repetir e elaborar*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. *Observações sobre o amor transferencial*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. *Sobre a transitoriedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. *Os instintos e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. *O “estranho”*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.17.

_____. *Psicologia de grupo e análise do ego*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.18.

_____. *O ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.19.

_____. *Neurose e psicose*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.19.

_____. *Inibições, sintomas e angústia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.20.



_____. *O humor*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.21.

_____. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

FUKS, M. P. *Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes*. Psicanálise. Univ. São Paulo, n.9 e 10, p.63-78, jul.-dez. 1998 – jan.- jun. 1999. 174 leandro anselmo todesqui tavares

GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GUARIENTE, J. C. A. *Depressão: dos sintomas ao tratamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HAHNEMANN, Samuel. *Organon da arte de curar*. São Paulo: Robe, 1996.

HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

KAMMERER, T.; WARTEL, R. *Diálogo sobre os diagnósticos*. In: LACAN, J. A querela dos diagnósticos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p.27-44.

FOUCAULT, Michel. *A Ordem do Discurso*. 5. ed. São Paulo. Loyola, 1999.

QUINET, Antonio. (org.) *Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,2002.



ABMP
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MEDICINA PSICOSSOMÁTICA*



Regional Mato Grosso