

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

**OS MECANISMOS DE DEFESA E A PSICOTERAPIA
ANALÍTICA DE GRUPO**

Itatiba
2007

Ariadne Bertão Baptista 002200300046

OS MECANISMOS DE DEFESA E A PSICOTERAPIA
ANALÍTICA DE GRUPO

Trabalho de conclusão de curso do curso de psicologia da Universidade São Francisco, sob a orientação da Profª Ms. Katya Luciane de Oliveira, como exigência para obtenção do título de psicóloga.

Itatiba
2007

Aos meus queridos e amados pais, Mauro Alcides Baptista e Andreia Bertão Baptista, pessoas que me oportunizaram essa conquista com muito incentivo, companheirismo e compreensão durante toda a caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida;

Aos meus pais, Mauro Alcides Baptista e Andreia Bertão Baptista, pela proximidade, disponibilidade, apoio e amor;

Ao meu irmão, Ariel Bertão Baptista, pela paciência e carinho;

Aos meus avós, Nair de Oliveira Bertão e Paulo Versuri Bertão, pelo amor recebido mesmo nos meus eventuais distanciamentos;

Ao meu bisavô, João Batista de Oliveira, sempre presente em meu coração;

Ao meu namorado, Fabio Ito Kawahara, pela confiança e respeito constante;

À minha amiga, Bruna Milani Fioritti Corbo, com quem compartilhei os cinco anos de construção de uma vida profissional;

A Prof^ª. Ms. Katya Luciane de Oliveira, pelas orientações, atenção, amizade e confiança durante a realização deste trabalho;

A Prof^ª.Dra. Maria Eugênia Scatena Radomile, pelos comentários e sugestões que muito me incentivaram;

A Prof^ª.Dra. Cláudia Márcia M. Archanjo, por sua sabedoria e pelos seus valiosos ensinamentos;

À psicóloga Maria Angélica Xavier Fazolin, pela excelente supervisão recebida;

À psicóloga Ana Sílvia Camargo Cavicchia, pela dedicação e pelo exemplo de uma ótima profissional;

Por fim, aos pacientes que participaram do grupo terapêutico, pela importante colaboração nesta pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	vi
RESUMO.....	vii
APRESENTAÇÃO.....	ix
INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVO DA PESQUISA.....	29
MÉTODO.....	30
<i>Local</i>	30
<i>Participantes</i>	30
<i>Materiais</i>	30
<i>Procedimento</i>	31
RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
CRONOGRAMA TOTAL DE EXECUÇÃO DA PESQUISA.....	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das respostas dos participantes da sessão 1.....	33
Tabela 2 - Distribuição das respostas dos participantes da sessão 2.....	35
Tabela 3 - Distribuição das respostas dos participantes da sessão 3.....	38
Tabela 4 - Distribuição das respostas dos participantes da sessão 4.....	41
Tabela 5 - Distribuição das respostas dos participantes da sessão 5.....	43

RESUMO

Baptista, A. B. (2007). *Os mecanismos de defesa e a psicoterapia analítica de grupo*. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia, da Universidade São Francisco. Itatiba, 60p.

O presente trabalho buscou identificar os diferentes tipos de mecanismos de defesa que surgem nos pacientes em psicoterapia analítica de grupo (PAG). Participaram 9 pacientes que formavam um grupo terapêutico em uma Unidade de Atenção Psicossocial de uma instituição de saúde mental localizada no interior do estado de São Paulo. Foram selecionadas as primeiras cinco sessões consecutivas desse grupo para observação e gravação, assim, as mesmas foram transcritas na íntegra. A participação dos pacientes foi voluntária e a coleta de dados ocorreu durante as sessões. Posteriormente houve o preenchimento de duas fichas de registro das sessões, obtidas por meio das observações e gravações. Os dados passaram por uma análise de conteúdo e geraram resultados relativos à frequência e à porcentagem de respostas. No geral, pôde-se observar que na primeira sessão o mecanismo cisão foi o mais utilizado (31,7%, $n=13$). Nas demais sessões o mecanismo projeção foi o mais utilizado, sendo que na segunda sessão obteve a incidência de 23,4% ($n=11$), na terceira sessão obteve 38% ($n=19$), na quarta sessão obteve 37% ($n=10$), e na quinta sessão obteve 33,3% ($n=9$). As pacientes procuraram se defender utilizando os mecanismos primitivos de defesa. A projeção foi a força motriz de todos os mecanismos que se movimentaram dentro de um *quantum* de energia que buscou essa integração, e essa energia se manifestou principalmente por meio da cisão, identificação e negação. Concluiu-se que as pacientes funcionaram na posição esquizoparanóide por atuarem de forma primitiva, contudo houve uma tendência à integração

dos sujeitos para a posição depressiva por buscarem constantemente o equilíbrio. Sugere-se que novos estudos sejam feitos.

Palavras-chave: Fenômeno psíquico; Mecanismos de defesa; Psicoterapia analítica de grupo.

APRESENTAÇÃO

O trabalho a seguir compreende os mecanismos de defesa em sua modalidade e grau de emprego na psicoterapia analítica de grupo. Tais mecanismos são mobilizados pelo indivíduo para proteger o ego, minimizar a ansiedade e voltar ao estado de equilíbrio. Contudo, se utilizado de forma indevida ou excessiva pode funcionar como fator desestruturante. De acordo com a estrutura psíquica e o período de vida do indivíduo, seu ego seleciona certas medidas de defesa.

Para que os fenômenos mentais produzidos nos pacientes do grupo fossem identificados, e a classificação dos grupos fosse feita, houve a necessidade de observação e exposição para entendimento das três instâncias psíquicas. Segundo Freud A (1936), os mecanismos de defesa contemplam a regressão, o recalçamento, a formação reativa, o isolamento, a anulação, a projeção, a introjeção, a inversão contra o ego, a reversão e a sublimação ou deslocamento. Klein (1975) em seu artigo, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicada em 1946, compreende os mecanismos primitivos de defesa tais como cisão, negação, projeção, introjeção, identificação e idealização.

A psicoterapia analítica de grupo é uma forma de psicoterapia psicanalítica que se baseia na psicanálise para compreender e instrumentar o atendimento grupal. A análise dos mecanismos de defesa pôde ser feita na situação individual e na de grupo. Supondo que os pacientes em terapia de grupo apresentaram ansiedade, é pertinente a citação dos mecanismos de defesa pelo ego estar em conflito com os derivados do id e se defender dos afetos envolvidos.

A observação do grupo forneceu o material necessário para a análise e o levantamento de hipóteses diagnósticas. Considerando os mecanismos de defesa importantes e freqüentes nos indivíduos e nos grupos, esse trabalho se propôs a identificar esses mecanismos utilizados

pelos pacientes em um processo de psicoterapia analítica de grupo. Tal estudo se justificou para que intervenções mais eficazes sejam traçadas em estudos futuros.

INTRODUÇÃO

O Funcionamento Psíquico

Os mecanismos de defesa são diferentes tipos de operações mentais que se processam pelo ego e praticamente sempre são inconscientes. A utilização dos mesmos tem por objetivo reduzir as tensões psíquicas internas, porém, qualquer mecanismo, se utilizado pelo ego de forma indevida ou excessiva, pode funcionar de modo desestruturante. Nesse contexto, entende-se que as defesas são mais primitivas e carregadas de magia de acordo com o nível de maturidade e o desenvolvimento do ego (Zimmerman, 2001).

Segundo Zimmerman (2000), os mecanismos de defesa são importantes e estão presentes com frequência nos indivíduos e nos grupos. As diferentes estruturações psíquicas são formadas de acordo com o grau e a modalidade dos mecanismos defensivos mobilizados pelo indivíduo perante uma tensão psíquica interna. Hinshelwood (1991) aponta também que os mecanismos primitivos de defesa aliviam os temores relacionados aos estados internos. E são essas particularidades que vão determinar se a estruturação psíquica do indivíduo pode ser considerada normal ou patológica (Zimmerman, 2001).

Segal (1964) entende que os mecanismos primitivos de defesa visam proteger o ego da ansiedade e ser uma etapa importante para o desenvolvimento. Freud A (1936) cita os seguintes mecanismos regressão, recalçamento, formação reativa, isolamento, anulação, projeção, introjeção, inversão contra o ego, reversão e sublimação ou deslocamento como sendo os dez métodos diferentes que o ego tem à sua disposição, em seus conflitos com os representantes pulsionais e os afetos. A teoria Kleiniana aborda as posições esquizoparanóide e depressiva, em que observa os mecanismos primitivos de defesa. Desenvolveu a categoria das defesas psicóticas constituída pela negação, cisão, as formas excessivas de projeção e

introjeção, as identificações correlacionadas e a idealização, e desenvolveu também a categoria das defesas neuróticas (Hinshelwood, 1991).

Sob esse aspecto, Bechelli e Santos (2005a) afirmam que o paciente, em terapia de grupo, apresenta intensa ansiedade proveniente de experiências do passado, situações do presente e preocupações com a vida futura em determinadas situações. O que poderia oportunizar a citação dos mecanismos de defesa. O ego está em conflito com os derivados do id que tentam invadi-lo e, também, se defende contra os afetos que estão associados a essas moções pulsionais. Esses afetos precisam ser transformados por meio das medidas que o ego recorre. O ego seleciona métodos de defesa conforme a sua estrutura psíquica e o período da vida do indivíduo (Freud A, 1936).

O ego é a base para obtenção de uma imagem do id e do superego. É uma imagem que torna possível perceber o impulso do id modificado pelas medidas defensivas adotadas pelo ego. As moções pulsionais se transferem de uma instância para outra em busca de gratificação. Os impulsos do id precisam ir para o ego, e nessa instância tais impulsos estarão sujeitos ao processo secundário. Essas moções pulsionais precisam respeitar a realidade e se conformar com o controle exercido pelo superego. Sendo assim, esses impulsos são submetidos a modificações. As moções pulsionais se esforçam para alcançar a gratificação, o ego percebe esse esforço e contra ataca invadindo o id. Essa invasão é marcada por medidas defensivas para colocar as pulsões fora de ação (Freud A, 1936).

Os mecanismos primitivos de defesa funcionam contra a pulsão de morte. Assim, a pulsão de morte desencadeia ansiedades que podem ser depressivas ou paranóides. A natureza e a qualidade da ansiedade vão determinar quais as defesas que estruturarão o ego. A posição é constituída pelo tipo de ansiedade e pelas defesas que o ego utiliza para se defender (Hinshelwood, 1991).

Freud (1969) defende que para que as diferentes maneiras de formação de grupo sejam classificadas, e os fenômenos mentais produzidos por essa formação sejam descritos, é preciso que haja muita observação e exposição. A observação da interação grupal fornece os elementos necessários para a análise e posterior levantamento das hipóteses diagnósticas. Nessa direção, Freud A (1936) entende que a análise busca explorar e entender as três instâncias psíquicas que constituem a personalidade e as relações mantidas entre elas.

O id pode ser observado por meio de manifestações no pré-consciente e consciente. Porém, se o id estiver num estado de calma e satisfação, não haverá moção pulsional invadindo o ego, e não será possível observá-lo. O superego pode ser observado, pois a maioria do seu conteúdo é consciente. Quando o superego e o ego estão em harmonia, eles parecem se coincidir como se formassem uma única estrutura. A observação do superego se torna perceptível quando gera certo desconforto para o ego (Freud A, 1936).

O ego está exposto a três tipos principais de angústia. A situação defensiva, que forma a base da neurose em adultos, é marcada pelo desejo pulsional que tenta obter gratificação com a ajuda do ego. O superego proíbe que essa gratificação aconteça, pois a pulsão é considerada perigosa. O ego de uma criança mobiliza defesas contra as pulsões porque aqueles que a criam e a educam proíbem a gratificação das mesmas, e se houver a irrupção da pulsão, a criança passará por restrições e castigos. Assim, sua defesa contra as pulsões é motivada pelo mundo exterior. Essa angústia desencadeia o processo defensivo. Entende-se que o mundo exterior influencia muito o comportamento da criança (Freud A, 1936).

Acrescenta-se que o ego humano desconfia das exigências pulsionais permanentemente. Ele é dominado pelo superego, e o mundo exterior luta contra os impulsos do id. Mas, se o ego se sente abandonado por essas duas instâncias, ou se os impulsos se excedem, essa pulsão é intensificada até o ponto de angústia. Nessa situação, os mecanismos de defesa atuam contra as pulsões (Freud A, 1936).

Klein (1975) em sua obra, 'Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id', publicada em 1952a, aborda que o ego estabelece relações de objeto a partir dos primeiros contatos com o mundo externo. As fantasias e as pulsões estão em atividade desde o começo e representam as pulsões de vida e morte que também estão em atividade. O impulso para a integração é uma das funções primárias do ego. O ego vai ser constituído a partir da luta entre as pulsões de vida e de morte. As primeiras defesas surgem para proteger o ego desse medo do aniquilamento, que é considerado a causa primária da ansiedade. Compreende que as ansiedades forçam o ego a desenvolver mecanismos de defesa específicos. Segal (1964) aponta que nos estágios primitivos o conflito entre agressividade e libido é intenso, e que a ansiedade e as defesas são geradas mais pela agressividade do que pela libido.

Segal (1964) ressalta que por meio da análise das transferências e ansiedades, é possível compreender as fantasias inconscientes e as relações de objeto estabelecidas. Pela importância da compreensão das defesas no trabalho analítico, é pertinente que tais mecanismos sejam descritos. No que tange a regressão, é a perda de certas capacidades adquiridas e o retorno a fixações (Zimmerman, 2000). Esse mecanismo pode ser compreendido pelo andar ou voltar para trás, sendo o retorno a formas anteriores do desenvolvimento do pensamento, das relações de objeto e da estruturação do comportamento. A regressão tópica, temporal e formal são as três formas de regressão que, na maioria dos casos, se coincidem (Laplanche & Pontalis, 1967).

Zimmerman (2001) indica que a regressão como um movimento para trás que procura pontos de fixação, e explica as três formas as quais esse mecanismo aparece, salientando que são todos da mesma base. A primeira diz respeito à regressão tópica que é aquela na qual a libido regride a um modo anterior de organização psíquica. No caso da regressão formal, o funcionamento psíquico regride do processo secundário para o primário. E por fim, a

regressão temporal é marcada pelo indivíduo que regride em relação à fase libidinal e à evolução do ego.

Laplanche e Pontalis (1967) entendem que o isolamento consiste em um processo específico de defesa e é uma técnica especial da neurose obsessiva. Abrange desde a compulsão a uma atitude sistemática e concertada, consiste em uma ruptura das conexões associativas de um pensamento ou de uma ação. É um tipo de defesa contra a pulsão, ou seja, contra o contato corporal. Zimmerman (2001) indica que esse mecanismo acontece quando um pensamento, comportamento, afeto ou situação é isolado de outros. É utilizado quando um indivíduo quer se defender de idéias, sentimentos ou ações, ele age de forma a isolar tais estados.

Zimmerman (2001) afirma que a anulação consiste num mecanismo defensivo no qual o indivíduo pretende desfazer um pensamento, fantasia ou comportamento inaceitável por meio de pensamentos ou comportamentos opostos ao feito inicialmente. O indivíduo contrapõe a situação inaceitável a fim de anulá-la. Nessa perspectiva, Laplanche e Pontalis (1967) apontam que esse mecanismo pode se manifestar quando um comportamento é tido para anular um comportamento oposto, ou o mesmo comportamento é repetido, só que com um significado diferente, sendo consciente ou inconsciente. Visa atenuar a significação, o valor e as conseqüências de um comportamento. É um conflito de dois movimentos opostos e de intensidade igual. Pode ser um conflito entre o amor e o ódio, ou um conflito entre as pulsões e o ego. Hinshelwood (1991) aborda que a anulação obsessiva inverte de maneira mágica a ação.

No que se refere ao processo de deslocamento, os autores entendem que o mesmo possui uma função defensiva. Acontece quando uma quantidade de energia de investimento desloca-se de uma representação para outra. Essas representações utilizadas compõem contextos associativos muito afastados do conflito existente. O deslocamento é predominante

no inconsciente. É um mecanismo no qual uma energia psíquica desloca de uma representação inconsciente para outra. Já a sublimação ocorre quando o indivíduo retira a energia da pulsão sexual e a investe em campos que não tem relação aparente à sexualidade, assim ela obtém reconhecimento no trabalho artístico e intelectual, por exemplo (Zimmerman, 2001).

Pereira (2000) faz uma comparação em seu artigo sobre a relação entre desamparo e sublimação. Verificou que a sublimação faz parte de um funcionamento psíquico bem estruturado. Sublimar significa elevar à maior perfeição. Expressa as atividades do homem sem relação aparente com a sexualidade. Contudo, é a pulsão sexual que proporciona a força para que tal atividade aconteça. A arte e a ciência são objetos valorizados aos quais se destina a pulsão sexual. A sublimação mantém a mobilidade pulsional, enquanto o recalque possui uma fixidez. Sublimação e recalque são processos defensivos articulados um ao outro. É difícil distinguir sublimação de formação reativa.

A reparação aparece junto ao mecanismo da sublimação, e é utilizada a fim de superar as ansiedades depressivas que surgem progressivamente. A reparação se relaciona aos mecanismos de defesa e à ansiedade depressiva. Nesse contexto, a formação reativa pode ser entendida por uma oposição frontal em que o ego mobiliza a estrutura mais oposta possível para evitar que as pulsões reprimidas no inconsciente surjam. Caracteriza-se por um contra-investimento de energia psíquica, pois a força é igual, porém, não é feito o investimento nas pulsões desejadas. A anulação, a sublimação e a formação reativa são diferentes na maneira de controlar os impulsos e de amar um objeto (Hinshelwood, 1991; Zimmerman, 2001).

O recalque acontece quando representações de pensamentos, imagens, fantasias e recordações são repelidas pelo indivíduo pelo fato de estarem relacionadas a algum conteúdo proibido para o consciente. Sendo assim, esse mecanismo vai contra as representações e seus derivados. O recalque pode aparecer de três formas diferentes de movimento. Como recalque

originário, os representantes pulsionais ficam fixados no inconsciente. No recalque propriamente dito, ocorre uma repulsão do superego consciente e da moral consciente. E podem surgir sintomas e sonhos como o retorno do recalçado (Zimerman, 2001).

No que concerne à negação, Laplanche e Pontalis (1967) e Zimerman (2001) apontam que esta pode ser classificada também como denegação, é uma das formas do recalçado retornar à consciência. O indivíduo se defende de um desejo, pensamento ou sentimento, que estava recalçado, negando-o. Esse mecanismo pode ser utilizado de diversas formas e por objetivos diferentes. Pode aparecer como o mecanismo da repressão ou recalçamento, ou como renegação ou forclusão. Em todos os casos, o sujeito, inconscientemente, não quer tomar conhecimento de algum desejo, fantasia, pensamento ou sentimento. Klein (1975) em seu artigo, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicada em 1946, afirma que a negação está ligada à cisão, projeção, introjeção e idealização, pois é o mecanismo utilizado para lidar com as situações que causam medo e dor.

Hinshelwood (1991) considera a negação como um mecanismo primitivo e violento, sentido no qual o ego luta com ansiedades psicóticas. Tal mecanismo se relaciona à fantasia de aniquilação e à perda de um objeto ou parte do ego. Zimerman (2000) considera que a negação é um mecanismo de defesa fundamental, pois, é por meio dele que ansiedades são rejeitadas. A negação em nível mágico é aquela em que uma realidade ficcional é criada para substituir uma realidade externa. O indivíduo sabe que aquela realidade existe, mas a nega com uma falsa convicção. Klein (1975) em seu trabalho 'Sobre a saúde mental', publicado em 1960, percebe que a vida interna do indivíduo influencia as atitudes em relação à realidade externa, e esta é influenciada pelo ajustamento ao mundo da realidade. Se o processo de negação aparecer de forma predominante, não haverá profundidade e impedirá o *insight* sobre a vida interior e uma real compreensão dos outros.

A harmonia entre os impulsos é uma requisição do ego adulto, porém, há uma série de conflitos entre tendências opostas que surgem. Se a pulsão pudesse obter a gratificação apesar da oposição do superego e do mundo exterior, resultaria em prazer e dor. Dessa forma, a defesa é utilizada de acordo com o princípio da realidade a fim de evitar a dor secundária. Nessa perspectiva, os afetos associados aos processos pulsionais são afastados. Somente o fato de ele estar associado, já leva o ego a defender-se. Portanto, os métodos defensivos auxiliam o ego na luta pulsional (Freud A, 1936).

Quanto à idealização Zimerman (2001) observa que está relacionada a objetos parciais classificados como objeto bom, mau, persecutório e idealizado, todos estão sempre em interação. Esse mecanismo é necessário e estruturante, mas se sua permanência for excessiva pode provocar um auto-esvaziamento e sentimentos persecutórios. A idealização do objeto pode ser entendida como uma forma de se defender de pulsões destrutivas. Não há alteração da natureza do objeto defendido (Laplanche & Pontalis, 1967).

Hinshelwood (1991) ressalta que na idealização o objeto é dividido em partes boas ou más, e que nesse processo, o objeto bom se combina à negação. Isso acontece por haver a possibilidade do objeto idealizado ser imperfeito. Klein (1975) em sua obra, 'Sobre a saúde mental', publicada em 1960, entende que quanto maior a ansiedade persecutória, maior a necessidade do indivíduo de idealizar. Nota que quando os aspectos bons do ego são vistos como exagerados, há uma idealização. E esse mecanismo está relacionado ao processo de cisão.

Hinshelwood (1991) descreve a cisão como um mecanismo de defesa da posição esquizoparanóide e supõe que é uma das formas mais arcaicas do ego se defender. Pode aparecer na forma de cisão do objeto ou como cisão do ego. A pulsão de morte se manifesta de forma que o ego se despedaça. As formas mais graves de cisão podem originar repressões rígidas e impenetráveis. Klein (1975) em seu artigo, 'Sobre a saúde mental', publicado em

1960, por sua vez, contempla que a cisão é um modo de preservar o objeto e os impulsos bons contra os impulsos destrutivos que criam objetos maus. Sempre que a ansiedade aumenta, esse mecanismo aparece mais efetivamente.

Quando os mecanismos cisão e identificação projetiva estão presentes, pode-se compreender a mente como fragmentada em que as instâncias psíquicas não se relacionam. O processo de cisão ou divisão pode ser considerado fundamental para qualquer indivíduo, isso porque ele tem a função de estabelecer a base para que os mecanismos menos primitivos sejam utilizados. Além disso, é ele que vai permitir que o funcionamento mental seja modificado e permaneça pela vida. A cisão do ego, a idealização e a negação aparecem na posição citada como defesas originadas do ego enfraquecido ou fragmentado (Segal, 1964; Hinshelwood, 1991). Klein (1975) em sua obra, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicada em 1946, verifica que existem processos de cisão juntamente à introjeção e à projeção que representam os mecanismos iniciais mais fundamentais utilizados em defesa do ego.

As fantasias podem ser usadas com a função de defesa contra a realidade externa, realidade interna e contra outras fantasias também. Contudo, as fantasias tendo a função de defesa vão representar mentalmente os mecanismos de defesa como a projeção e a introjeção (Segal, 1964). Hinshelwood (1991) observa que a reparação é a tentativa de desfazer uma situação, restaurando-a. É um método de administrar os impulsos. A reparação acarreta criatividade e arte para consertar a ação. Pode ser uma reparação onipotente, em que há objetivos fantasiosos e realizações delirantes em comparação à anulação obsessiva ou à formação reativa, denominados reparação maníaca. A reparação se relaciona aos mecanismos de defesa e à ansiedade depressiva.

Zimerman (2001) em seus estudos observa que as concepções Freudianas e Kleinianas em relação à projeção se diferenciam. Freud constata que a projeção acontecia em objetos

totais projetados sobre o objeto. E Klein hipotetizava objetos parciais projetados dentro de outras figuras objetais. Segal (1964) argumenta que o ego esforça-se para projetar o mau e introjetar o bom. Contudo, o bom também é projetado assim como o mau também é introjetado em determinadas situações. Quando a ansiedade aumenta, a projeção e a introjeção são os mecanismos usados para manter afastados o objeto bom do objeto mau.

Klein (1975) em seu trabalho, 'Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id', publicado em 1952a, descreve a introjeção como a incorporação do objeto. O desenvolvimento do ego e superego está relacionado ao processo de introjeção e de projeção. As moções pulsionais influenciam o desenvolvimento desses processos. A projeção e a introjeção são processos fundamentais e mecanismos que podem ser usados de forma defensiva. Um exemplo de introjeção é colocar para dentro do *self* objetos que sirvam para proteger o ego dos objetos maus.

A teoria Kleiniana, com base em observações nas crianças, refez as noções de fase de introjeção e projeção. Verificou que por meio da análise de crianças é possível compreender a origem das neuroses e das patologias mais graves. Esse mecanismo faz a introjeção tanto dos objetos bons como dos maus nos estágios primitivos (Segal, 1964). Klein (1975) em sua obra, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicada em 1946, aponta que a projeção é um mecanismo primitivo contra a ansiedade e promove a externalização da pulsão de morte. E sugere que a introjeção, como defesa, visa à preservação do ego e dos objetos bons que estão seguramente introjetados em si. A defesa contra a ansiedade e os processos de introjeção e projeção são utilizados pelo ego desde o começo da vida. Sendo que a introjeção e projeção operam e interagem constantemente.

Hinshelwood (1991) aponta que a identificação ajuda a estabelecer um mundo pessoal. Por meio desse mecanismo reconhece-se a identidade e os objetos do ego. Pode acontecer pela introjeção e projeção. Klein (1975) em seu artigo, 'Notas sobre alguns mecanismos

esquizóides', publicado em 1946, verifica que a identificação projetiva é um tipo de identificação em que o objeto é identificado com as partes ruins do ego, é uma relação de objeto agressiva. Esse processo de identificação projetiva pode acontecer relacionado aos aspectos bons do ego também. Contudo, se utilizado de forma excessiva esses aspectos bons podem ser percebidos como perdidos, enfraquecendo o ego. Esse mecanismo é a base de muitas situações de ansiedade. A identificação projetiva compreende os processos que formam parte da posição esquizoparanóide quando a cisão acontece e a ansiedade persecutória é a predominante. Identificação projetiva é uma combinação da cisão e projeção. Esses processos influenciam as relações de objeto.

A identificação projetiva ocorre quando impulsos e parte do ego são atribuídos a uma outra pessoa, e isso é totalmente negado. Esse mecanismo pode ser usado como uma forma de controlar um estado mental penoso a fim de alcançar alívio imediato ou projetar no outro um estado mental para conseguir conversar sobre esse estado. A identificação projetiva utilizada com a finalidade de defesa pode ser percebida na intrusão onipotente, no parasitismo, na simbiose e na expulsão da tensão por alguém que fora traumatizada no passado (Hinshelwood, 1991). Klein (1975) em sua obra, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicada em 1946, percebeu que a identificação projetiva é composta por processos de cisão e projeção.

Klein (1975) em seu trabalho, 'Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê', publicado em 1952b, admite que a identificação introjetiva é vista como a introjeção de um objeto externo em que não há identificação. Esse processo acontece quando há uma relação de identificação estabelecida entre um objeto externo com o ego ou com parte deste. Segal (1964) verifica que a capacidade de colocar-se no lugar do outro, ou seja, de empatia, só é possível acontecer por meio da identificação projetiva e da identificação introjetiva.

Rosa (2005), em suas investigações sobre os destinos da identificação projetiva excessiva, constata que um dos desafios das terapias de orientação analítica é saber reconhecer a identificação projetiva. As mesmas podem ser utilizadas para fins defensivos em que há uma fantasia defensiva de viver dentro de um objeto construída com o uso da intrusão onipotente. Assim, o *self* da pessoa sente diversos tipos de sentimentos. A identificação projetiva normal comunica ao objeto um estado mental, introduzindo no objeto esse estado. Já na identificação projetiva anormal há uma evacuação violenta e onipotente de um estado mental. Klein (1975) em seu artigo, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicado em 1946, entende que um dos problemas da identificação projetiva é que pode resultar em medo de perder a parte projetada.

Silva (1999), em seu artigo sobre a introjeção da função analítica, observou o funcionamento dos mecanismos de defesa utilizados nos pacientes. Verificou que há pacientes em que as defesas primitivas predominam. Sendo assim, apresentam dificuldade em delimitar quais são as representações do *self* e do objeto. Esses indivíduos têm dificuldades em entrar em contato com a realidade. Contudo, ressalta que cada paciente deve receber uma intervenção específica. Com base no caso de uma paciente em que há o predomínio de defesas narcísicas e superegóicas, notou que a identificação projetiva narcísica tem a função de controlar o objeto para que o mesmo seja da forma que se quer. A mente desse tipo de paciente reage desenvolvendo defesas e mantendo-a voltada à realidade externa. Os sonhos retratam a cisão. A identificação projetiva promove um vazio em seu mundo interno. Nas situações de medo há introjeções e projeções.

Quando os mecanismos de projeção, introjeção, cisão, idealização, negação, identificação projetiva e introjetiva não conseguem dominar a ansiedade, e esta invade o ego, então a desintegração do ego pode ocorrer como medida defensiva. Nos estágios mais primitivos do desenvolvimento, o estado de integração do ego pode variar a cada momento. A

cisão, a negação, a projeção, a introjeção, a identificação e a idealização são as defesas contra as ansiedades psicóticas. Conforme as ansiedades mudam, o indivíduo passa a utilizar defesas mais maduras. Assim, esses movimentos entre as posições esquizoparanóide e depressiva são importantes para o amadurecimento. A personalidade é constituída de diversos níveis que atuam ora em harmonia, ora em conflito. Os aspectos infantis e adultos atuam simultaneamente. Há uma tendência à integração e à desintegração, e elas se alternam entre si (Segal, 1964; Hinshelwood, 1991).

A Psicoterapia Analítica de Grupo

A psicoterapia analítica de grupo tem como referencial a psicanálise tanto para compreender quanto para instrumentar o atendimento. Pode provocar mudanças caracterológicas, visar à remoção de um sintoma, buscar a manutenção do equilíbrio, ou melhorar as inter-relações humanas. É importante que se reconheçam as pulsões e defesas, fantasias e ansiedades, agressão e culpa, desempenho de papéis, posições, valores, módulos, ideais, projetos, atitudes, configurações vinculares e pressões nos indivíduos e nos grupos (Zimmerman & Osorio, 1997).

Foulkes (1964) aborda que na situação de grupo há o aparecimento de elementos que não estão presentes na situação individual. A psicoterapia grupo-analítica é uma forma de psicoterapia psicanalítica e tem o grupo como estrutura. Podem ser observados sintomas e defesas no grupo. A análise dos mecanismos de defesa é um dos fatores terapêuticos que encontramos tanto na análise individual como em grupo. Zimmerman (2000) observa que o grupo e cada integrante do mesmo mobilizam mecanismos de defesa mais primitivos e mais elaborados também.

Souza e Santos (2005) afirmam que um grupo não é formado reunindo pacientes em ambulatórios ou consultórios particulares sem seleção e critério metodológico. O planejamento é fundamental para criar condições necessárias para seu desenvolvimento. O terapeuta utiliza fundamentos científicos para o emprego da psicoterapia de grupo e, para tanto, precisa submeter-se a treinamento nos diversos procedimentos que propiciam estrutura ao grupo. Para Zimmerman e Osorio (1997), a composição de um grupo observa três dimensões que são o encaminhamento, a seleção e o grupamento.

Terzis, Radomile e Toledo (1996), em seus estudos sobre grupo análise e instituição, indicaram que a psicoterapia analítica de grupo substitui o clássico esquema de trabalho da psicoterapia individual. Entenderam que a psicanálise contribuiu como método terapêutico e como estudo das motivações da conduta humana na conceituação das teorias e técnicas dos grupos de psicoterapia. Toda situação de psicoterapia analítica de grupo segue duas regras fundamentais e outras regras complementares. Primeiramente, a livre discussão circulante ou não omissão. Por segundo, os integrantes e o terapeuta do grupo evitam qualquer relação social dentro e fora da situação de grupo. As regras complementares obedecem ao tempo, em que a duração das sessões é regular. Sobre o local, deve ser sempre o mesmo embora os pacientes e o terapeuta não possuam local determinado para se sentar. O grupo deve ser heterogêneo, contudo deve se ter uma base comum.

Segundo Freud (1969), a psicologia de grupo se interessa pelo indivíduo e suas particularidades, tais como raça, religião, instituição. E, também, pelo indivíduo que compõe um grupo tendo em vista que visa um objetivo em comum, e que, se estão unidos, é porque possuem um elo característico do grupo. Portanto, na psicoterapia de grupo, a interação entre pacientes e terapeuta compõe um processo de busca pelo alívio mental, modificação de comportamento desajustado e amadurecimento da personalidade. O terapeuta é também membro do grupo, mas ele deve se diferenciar dos demais participantes para preservar sua

função. O terapeuta pode ser alvo de projeções dos pacientes, por estar muito exposto no *setting* grupal (Bechelli & Santos, 2005b).

Foulkes (1964) aponta que a tarefa do terapeuta é observar, interpretar, esclarecer e apontar tudo que impeça a integração. É ele também que verifica se os processos analíticos e os integradores estão em equilíbrio, e analisa as resistências e defesas no processo terapêutico. No grupo-analítico, o condutor tem de entender as produções do grupo como associações livres, e a transferência como um aspecto essencial. Zimmerman e Osorio (1997) também consideram a transferência como um fenômeno essencial da terapia psicanalítica, e indicam que uma das formas em que elas se manifestam é na relação do grupo como um todo, no qual há um jogo permanente de identificações projetivas e introjetivas.

Muitos pacientes, em psicoterapia de grupo, fantasiam o terapeuta vendo-o como uma pessoa que vai ajudar e apoiar de todas as formas, e que possui muita segurança e ilimitação. Ainda nesse contexto, o paciente se apresenta pelo que descreve, revela, pela forma que se veste, pela postura, pelo comportamento não-verbal, pelo local que se senta, pelo horário que chega à sessão, pela forma que entra na sala, pelo jeito de interagir, pelo tom de voz e pelos assuntos que prefere discutir em terapia (Bechelli & Santos, 2005a). O grupoterapeuta deve se questionar caso o grupo esteja reagindo a alguma impropriedade sua. Na situação grupal ele deve discriminar quando a resistência é de uma pessoa em particular, ou se é do grupo como um todo (Zimmerman & Osorio, 1997).

O grupoanalista tem como propósito interpretar os diferentes contextos, atitudes e comportamentos tidos pelos pacientes. Por meio da interpretação ele vai passar ao grupo uma condição que provoca uma regressão na situação analítica. Para tanto, o terapeuta precisa estar integrado ao grupo. A identidade do psicoterapeuta de grupo é formada com base nas identificações (Terzis & Rodrigues, 1996).

Contel e Oliveira Júnior (2005) analisaram duas sessões consecutivas de uma psicoterapia de grupo de longa duração a fim de verificar a transformação do clima de solidariedade, harmonia e crescimento da primeira sessão para desentendimento grave, hostilidade e regressão na segunda sessão selecionada. O grupo era aberto, formado por oito integrantes, ambos os sexos, com ocorrência semanal e duração de uma hora e trinta minutos cada uma. Concluíram que o psicoterapeuta ressegurou um ambiente de moderação, confiança e coesão grupal por meio de um controle terapêutico minimamente neutro.

Wollmeister e Oliveira Júnior (2003), em seu estudo sobre as manifestações resistenciais em sessões de psicoterapia analítica de grupo, entendem a resistência como um processo de oposição ativa, e o modo com que o ego funciona. As resistências também podem ser vistas como uma defesa do ego contra os perigos que o ameaçam. Esse estudo visou identificar e estudar as diversas formas de manifestação da resistência no contexto de quatro sessões de psicoterapia analítica de grupo. Por meio de observações e da análise do conteúdo, concluiu-se que as principais formas de resistências são os atrasos e faltas reiteradas, tentativas de alterar o *setting*, silêncios excessivos e ênfase na realidade exterior. Nessa perspectiva, Freud A (1936) aponta que em relação às defesas contra as pulsões, salienta que elas se manifestam como resistências. Todo material da situação analítica que facilita a análise do ego, aparece na forma de resistência à análise. Todavia, não se pode dizer que toda e qualquer resistência que apareça na análise seja uma medida defensiva, pois existem outras formas possíveis de manifestação.

Kauder, Bodstein e Oliveira Júnior (2003), em seu trabalho sobre diagnóstico e tratamento do transtorno de pânico, buscaram identificar, por meio do relato de uma sessão de psicoterapia de grupo, os mecanismos de somatização e as dificuldades dos pacientes em se conectarem ao seu mundo interno. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, baseada na análise

de conteúdo. Concluíram que os pacientes têm dificuldades em suportar o que é ruim, e dizem possuir poucos recursos para entrar em contato com os aspectos bons.

O trabalho com pacientes ansiosos em grupo possibilita que eles revivam as angústias e as incompreensões da infância, eles podem se reorganizar com base no *setting* grupal. O mecanismo de identificação é percebido entre os membros do grupo e com o grupoterapeuta. Muitos pacientes dormem durante a sessão ou falam sem parar como uma forma de defesa para com seu mundo interior. A psicoterapia analítica de grupo proporciona aos pacientes um espaço em que pode haver a estruturação e o fortalecimento do mundo interno (Kauder & cols, 2003).

Terzis e Chvatal (1998) examinaram em seus estudos algumas formações mentais de um grupo de pacientes psiquiátricos internados em uma clínica. Dentre as observações feitas, as angústias persecutórias do grupo e suas defesas se repetiram e os pacientes se perturbaram facilmente com qualquer interferência na situação grupanalítica. Concluíram que uma atitude fria e distante do terapeuta pode reforçar as defesas psicóticas dos pacientes.

Archanjo (1998) em seu trabalho sobre os fenômenos psíquicos vivenciados por um grupo de supervisão, considerou que os mesmos podem se apresentar em qualquer grupo pelo fato de serem universais. Por meio dos relatos verbais em sessões de supervisão, relatório dos atendimentos grupais e dos desenhos solicitados aos estagiários durante o processo verificou-se que o grupo de supervisão e os de atendimento iniciaram-se numa posição de dependência. Nessa posição, os estagiários mostram suas resistências, medo dos abandonos e sentimento de anestesia. Assim, transferem o papel e a responsabilidade à supervisora. Observou que no estágio em psicoterapia analítica de grupo os mesmos fenômenos psíquicos apareceram no grupo de supervisão e nos de atendimento. O grupo de supervisão se defende por meio da ilusão grupal para evitar sofrimentos relativos às dúvidas, fantasias e ansiedades

persecutórias. Concluiu-se que os estagiários desenvolvem percepções integradoras e passam a compreender os conceitos e os fenômenos grupais pelas próprias experiências.

Miodownik (2003) constatou que por um determinado período esse modelo terapêutico possuiu técnicas e teorias específicas que a diferenciaram da psicanálise. Posteriormente, houve uma mudança progressiva em que a diferença entre essas duas linhas deixou de ser tão destacada e evidente, e aconteceu uma aproximação entre as mesmas. Concluiu, também, que o método pode ser visto como uma modificação para se adequar às demandas dos pacientes e à relação analítica.

Nesse sentido, os grupos proporcionam um crescimento mental em cada indivíduo que o compõe por ser um espaço no qual fantasias, desejos, sentimentos, frustrações e gratificações acontecem. Indubitavelmente, os mecanismos de defesa são utilizados nesse contexto com significativa importância e frequência. Portanto, esse fenômeno psíquico e as medidas interventivas utilizadas em psicoterapia analítica de grupo devem ser compreendidos para que novas questões possam ser pensadas em estudos futuros.

OBJETIVO

O presente estudo buscou identificar os diferentes tipos de mecanismos de defesa que surgiram nos pacientes em psicoterapia analítica de grupo.

MÉTODO

Local

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Psicossocial (UAPS) de uma instituição de saúde mental. Tratava-se de uma repartição de uma Prefeitura Municipal. Estruturada em uma unidade localizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo. A unidade onde a pesquisa foi realizada contava com uma equipe composta pela coordenadora de saúde mental, por um psiquiatra, uma fonoaudióloga, uma assistente social, três psicólogas, uma estagiária de psicologia, uma secretária, uma auxiliar de limpeza e um jardineiro. A unidade em questão contava com 11 colaboradores e 3 salas de atendimento. Na ocasião da pesquisa, a demanda mensal era de 250 agendamentos e 250 atendimentos realizados.

Participantes

Participaram 9 pacientes integrantes de um processo psicoterápico analítico de grupo. Tratava-se de um grupo heterogêneo, composto por pacientes do sexo feminino e diferentes patologias. A média de idade foi de 46 anos e 8 meses. A idade mínima foi de 24 anos, e a máxima de 65.

Materiais

Foi utilizado um gravador digital da marca DL eletrônicos, modelo MW 111 e ano de fabricação 2006, para a descrição na íntegra de cinco sessões que foram retiradas do grupo analítico;

Utilizou-se um cronômetro da marca Casio, modelo *Active Dial* e ano de fabricação 2006, para se registrar os períodos das sessões de psicoterapia analítica de grupo em que

surgiram os mecanismos de defesa; foi utilizada uma ficha de registro da sessão, obtida por meio da sessão gravada (ANEXO 1);

Também foi usada uma ficha de registro dos mecanismos de defesa utilizados por cada paciente, bem como a incidência de uso de cada um e os períodos em que os mesmos surgiram, para tanto a sessão foi dividida em 3 momentos: os primeiros 15 minutos (período inicial), os 30 minutos seguintes (período intermediário) e os últimos 15 minutos (período final) (ANEXO 2).

Procedimento

Quanto ao *setting*, foi um grupo aberto, composto por 9 pacientes adultos, sexo feminino. O grupo utilizado se encontrou semanalmente, com duração de 1 hora cada sessão.

Para participar, os pacientes passaram pela triagem e psicodiagnóstico na própria Unidade de Atenção Psicossocial, onde foram encaminhados para a psicoterapia de grupo, conforme a necessidade. O termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3) foi proposto aos participantes do grupo. As sessões foram gravadas para que a transcrição fosse feita na íntegra.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa com âmbito qualitativo. A técnica que foi utilizada para a compreensão do material foi a análise de conteúdo. Duas tabelas foram preenchidas de forma a facilitar essa análise. A primeira tabela compreendeu a descrição integral de cada sessão, obtida por meio da gravação, conforme modelo do ANEXO 1. Os mecanismos de defesa que apareceram nas mesmas foram identificados na própria tabela. A segunda tabela relacionou cada paciente aos mecanismos de defesa utilizados, indicando a incidência de cada um deles e o período da sessão em que ele surgiu, conforme modelo ANEXO 2.

Esse procedimento sistemático e objetivo proporcionou condições para que o conteúdo das sessões selecionadas fosse analisado. Tal método utilizou indicadores freqüenciais e valorizou os indicadores qualitativos. Primeiramente foi feita uma leitura do material coletado, posteriormente foram selecionadas as unidades de análise. Por último, houve o processo de categorização. Cabe destacar que este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade São Francisco sob o parecer nº10/07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados em planilha e submetidos à análise de conteúdo, conforme o objetivo deste estudo. Os diferentes tipos de mecanismos de defesa que surgiram nos pacientes nas cinco sessões analisadas de psicoterapia analítica de grupo foram: idealização, identificação, cisão, regressão, anulação, negação, projeção, introjeção, intelectualização, deslocamento e formação reativa.

Ressalta-se que as pacientes foram numeradas e houve a análise descritiva dos mecanismos nos três momentos (inicial, intermediário e final) das cinco sessões. Assim, elaborou-se um critério para a discussão dos mecanismos mais elaborados. O critério se referiu ao fato do mecanismo ter ocorrido em uma incidência acima de 20%.

Buscou-se identificar os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes em cada sessão selecionada. Desse modo, as Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5 apresentam os mecanismos que surgiram em cada sessão, juntamente às indicações de frequências e porcentagens dentro de cada período de tempo estipulado.

Tabela 1. Distribuição das respostas dos participantes na sessão 1.

Mecanismos de defesa	Sessão 1					
	0-15 minutos		15-45 minutos		45-60 minutos	
	F	%	F	%	F	%
<i>Idealização</i>	1	33,3	0	0	3	18,8
<i>Identificação</i>	1	33,3	7	33,3	0	0
<i>Cisão</i>	1	33,3	7	33,3	5	31,2
<i>Regressão</i>	0	0	3	14,3	1	6,2
<i>Anulação</i>	0	0	1	4,8	0	0
<i>Negação</i>	0	0	2	9,5	0	0
<i>Projeção</i>	0	0	1	4,8	3	18,8
<i>Introjeção</i>	0	0	0	0	3	18,8
<i>Intelectualização</i>	0	0	0	0	1	6,2
Total	3	100	21	100	16	100

A primeira sessão teve a participação das pacientes 1, 2, 3, 4 e 5. Verificou-se que o período inicial da primeira sessão foi marcado pelo início de todo o processo psicoterápico, em que as pacientes se apresentaram e contaram um pouco sobre si.

No mesmo período, os mecanismos de defesa que surgiram foram a idealização, a identificação e a cisão. A seguir serão discutidos os mecanismos com maior incidência. A paciente 5 utilizou a idealização, pois destacou os aspectos bons da terapeuta do grupo de forma exagerada. Nesse sentido, Hinshelwood (1991) ressalta que na idealização, o objeto é dividido em partes boas ou más, assim, o objeto bom prevalece a fim de que o objeto idealizado, no caso, a terapeuta, seja sempre visto como perfeito.

A paciente 1 contou sobre sua sogra e a dificuldade que tem em se relacionar com ela. Reconhece sua sogra como ruim, e se coloca em uma posição de impotência perante essa figura, ficando claro a utilização da cisão. Segal (1964) apóia essa informação, pois compreende que a cisão é a divisão entre a imagem boa e os sentimentos bons e amorosos, da imagem má e dos sentimentos destrutivos.

A paciente 4 se identificou com a paciente 1, isso porque seu sogro possui características parecidas com as da sogra da paciente 1. Isto é, além da paciente 4 utilizar a identificação como defesa, ela utilizou ainda a cisão quando atribuiu ao sogro somente aspectos negativos. Em relação à identificação, Zimmerman (2001) explica que a mesma é uma defesa primitiva e de natureza mágica contra as angústias decorrentes da pulsão de morte.

Já no período intermediário, alguns conteúdos começaram a surgir e a causar tensões psíquicas internas nas pacientes 3 e 5. Certamente, isso fez com que as mesmas procurassem se ajustar fazendo uso dos mecanismos de defesa de forma mais evidente. A paciente 3 utilizou mormente a cisão. Primeiramente, quando contou ao grupo sobre suas dificuldades por ter transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Percebeu-se que a paciente vê esse transtorno como um objeto mau, e o percebe como fora dela. Posteriormente, a paciente fala sobre a dificuldade em conviver com sua irmã, atribuindo a si mesma os aspectos bons, e à irmã os aspectos ruins. Finalmente, a paciente comenta sobre uma amiga a qual gosta muito. Contudo, a paciente percebe essa amiga como o objeto mau, pelo fato dessa amiga frustrá-la

frequentemente. Klein (1975) em sua obra, 'Sobre a saúde mental', publicada em 1960, apóia essa interpretação ao contemplar que a cisão é uma maneira de conservar o objeto e os impulsos bons, distanciando-os dos impulsos destrutivos que criam os objetos maus.

A paciente 3 utilizou a identificação quando comparou sua amiga à mãe que ela gostaria de ter. Semelhantemente, ela identificou aspectos nessa amiga que sustentam essa imagem de mãe que a mesma tem. Segal (1964) entende que a identificação com o objeto ideal pode acontecer para evitar que a separação ocorra, ou para exercer controle sobre o mesmo. Além disso, a paciente projetou nessa amiga suas próprias dificuldades nas relações afetivas.

No período final dessa sessão, a paciente 3 se comparou à irmã, atribuindo os aspectos bons a si mesma, e os ruins à irmã. As pacientes 2 e 4 comentaram sobre suas mães e demonstraram que as vêem como objetos bons, ou seja, dividiram o objeto e consideraram apenas a parte boa do mesmo. A paciente 2 falou sobre sua sogra e seu sogro, atribuindo à sogra os aspectos bons e ao sogro os ruins. Klein (1975) em seu trabalho, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicado em 1946, verifica que a cisão é uma das formas mais primitivas do ego se defender. E, nessas situações, percebeu-se que a cisão do objeto é utilizada juntamente aos processos de introjeção e projeção.

Tabela 2. Distribuição das respostas dos participantes na sessão 2.

Mecanismos de defesa	Sessão 2					
	0-15 minutos		15-45 minutos		45-60 minutos	
	F	%	F	%	F	%
<i>Deslocamento</i>	1	9,05	1	4,8	2	13,3
<i>Projeção</i>	3	27,3	4	19	4	26,7
<i>Identificação</i>	1	9,05	4	19	1	6,7
<i>Formação reativa</i>	3	27,3	1	4,8	1	6,7
<i>Introjeção</i>	3	27,3	0	0	0	0
<i>Regressão</i>	0	0	2	9,5	0	0
<i>Cisão</i>	0	0	5	23,9	1	6,7
<i>Idealização</i>	0	0	4	19	0	0
<i>Intelectualização</i>	0	0	0	0	1	6,7
<i>Negação</i>	0	0	0	0	5	33,2
Total	11	100	21	100	15	100

A segunda sessão contou com a participação das pacientes 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 9. Verificou-se que nessa segunda sessão, as pacientes procuraram se defender mais no período inicial do que se defenderam no período inicial da primeira sessão. No entanto, continuaram utilizando mecanismos de defesa no período intermediário e final na mesma frequência da primeira sessão analisada. Assim, serão explorados na seqüência os mecanismos mais evidentes.

Observou-se que a projeção, a formação reativa e a introjeção foram os mecanismos mais utilizados no período inicial dessa sessão. A paciente 6 iniciou a sessão contando sobre a dificuldade que sente em aceitar sua obesidade. Ela demonstrou ter o peso e a gordura como seus rivais, entendendo que chega a detestar a vida por conta dessa obesidade. Percebeu-se que houve a projeção, porquanto a paciente se defende culpando a obesidade por toda ansiedade e angústia sentida. Juntamente à projeção, há o processo de deslocamento. Segal (1964) corrobora essa percepção ao compreender que o ego procura projetar o mau e introjetar o bom. Nesse caso, a obesidade é o objeto mau que é projetado para fora da paciente.

De acordo com o relato da paciente 6 sobre suas angústias, a paciente 3 sugeriu que a paciente 6 tomasse algumas atitudes em relação à obesidade. Percebeu-se, então, que a paciente 3 estava falando para a paciente 6, como se falasse para si mesma. Zimmerman (2001) verificou que é possível a projeção de objetos parciais dentro de outras figuras objetais. De tal modo, entende-se que a paciente 3 utilizou a projeção como uma defesa contra sua própria angústia.

As pacientes 3, 6 e 2 conversaram a respeito de religião e de vaidade. Começaram a falar sobre os limites que cada religião estipula para seus seguidores. Percebeu-se que elas utilizaram a religião para lutar contra seus impulsos, evidenciando o uso da formação reativa. Hinshelwood (1991) e Zimmerman (2001) confirmam essa hipótese quando apontam que a

formação reativa é um contra-investimento de energia psíquica, em que a força é igual, mas o investimento não é feito nas pulsões desejadas.

As pacientes 3, 6 e 4 relataram que tudo o que as pessoas dizem sobre elas é entendido e sentido como verdade. Contaram que as pessoas falam que elas estão obesas, feias, horrorosas, e perceberam que quanto mais as pessoas falam, piores elas ficam. Constatou-se que as pacientes introjetam o que as pessoas dizem como uma defesa. Klein (1975) em sua obra, 'Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id', publicada em 1952a, sugere que a introjeção é a incorporação do objeto, confirmando a suposição levantada.

O período intermediário contou com a cisão como o mecanismo de defesa mais utilizado. Pôde-se perceber seu uso quando a paciente 2 falou sobre seu retorno aos estudos e sobre sua professora. Falou da dificuldade que está tendo em lidar com essa professora, e atribuiu a ela todos os aspectos negativos, ignorando a possibilidade de existir aspectos bons na mesma.

As pacientes 4 e 6 expuseram ao grupo que elas usam todo seu tempo para pensar nos problemas do marido e dos filhos. Ignoram a necessidade das mesmas pensarem nelas e em seus problemas. Percebeu-se a existência de uma divisão em que as pacientes ficam apenas com a parte boa, e seu marido e filhos ficam com a parte ruim. Assim, novamente constatou-se a ocorrência da cisão. A cisão também aparece no relato da paciente 9 que disse ao grupo o quanto é difícil para ela ser ansiosa. Ela falou da ansiedade como se fosse um objeto mau que não pertencesse a ela.

Em todos esses casos, em que a cisão foi utilizada, pôde-se justificar tais interpretações tendo como base Hinshelwood (1991). O autor pondera que a cisão pode aparecer como cisão do objeto ou do ego. Nos casos das pacientes 2, 4 e 6 observou-se a cisão do objeto e no caso da paciente 9 a cisão do ego.

No período final dessa sessão, a paciente 3 expôs ao grupo a falta de interesse que tem em casar. As pacientes 2, 4, 6, 8 e 9 se opuseram à colocação da paciente 3, tentando convencê-la de que casar seria o melhor acontecimento da vida dela. Apesar disso, ao final da sessão, a paciente 3 pergunta ao grupo o porquê das pacientes 2, 4, 6, 8 e 9 irem a favor do casamento. Com essa indagação, todas essas pacientes negaram terem se comportado assim, e disseram por diversas vezes que não foi isso que elas estavam querendo dizer. Evidenciou-se o uso da negação como mecanismo de defesa. Zimmerman (2000) corrobora esse dado, pois afirma que a negação é uma defesa contra as ansiedades rejeitadas, assim, verificou-se que as pacientes 2, 4, 6, 8 e 9 perceberam que essa realidade existe, mas a negaram com uma falsa convicção.

Notou-se que as pacientes 6 e 8 projetaram na paciente 3 seus próprios desejos e necessidades da ocorrência do casamento. Falaram da importância de ser casada e o quanto faria falta à paciente 3 essa condição. Evidenciou-se o uso da projeção tendo como base Segal (1964) que considera a projeção como um mecanismo no qual tanto o impulso de morte quanto a libido podem ser projetados a fim de conter a ansiedade despertada ou preservar a vida.

Tabela 3. Distribuição das respostas dos participantes na sessão 3.

Mecanismos de defesa	Sessão 3					
	0-15 minutos		15-45 minutos		45-60 minutos	
	F	%	F	%	F	%
<i>Negação</i>	4	26,7	0	0	3	16,7
<i>Cisão</i>	7	46,6	8	47,05	3	16,7
<i>Projeção</i>	4	26,7	8	47,05	7	38,9
<i>Deslocamento</i>	0	0	1	5,9	3	16,7
<i>Identificação</i>	0	0	0	0	2	11
Total	15	100	17	100	18	100

A terceira sessão teve a participação das pacientes 1, 2, 3 e 8. Analisou-se que o período inicial dessa sessão teve a cisão como o mecanismo mais utilizado. A paciente 1

iniciou a sessão contando sobre suas aflições. Relatou não estar se sentindo bem e contou que já fez todos os exames de saúde e não foi detectado nada. Mesmo os médicos dizendo a ela que a mesma deveria fazer um tratamento psicológico, a paciente tentou buscar respostas físicas para seus sintomas em todo esse período da sessão. De certo, ficou claro o quanto a paciente está cindida por conta dessa divisão entre corpo e mente. Uma divisão na qual a paciente considera apenas o corpo, ignorando qualquer possibilidade de ter um problema de fundo emocional.

Para ignorar essa possibilidade, a paciente utilizou a negação. Ela não quer tomar conhecimento do por que desses sintomas acontecerem. Zimerman (2001) compreende essa afirmação ao considerar que a negação acontece quando o ego se nega a reconhecer alguma propriedade como sua.

A paciente 2 ainda estava com dificuldades em lidar com sua professora e contou sobre isso ao grupo. Conforme a paciente expressava suas angústias, notou-se que havia uma divisão entre ela e a professora. Em outras palavras, os aspectos positivos pertenceriam à paciente, enquanto os negativos pertenceriam à professora. Aponta-se que nas situações citadas, a cisão foi utilizada como defesa. Segal (1964) afirma essa interpretação por definir a cisão como uma divisão do objeto e do eu em uma parte boa e uma parte má.

Notou-se que a paciente 2 utilizou o mecanismo projeção quando atribuiu à professora apenas os aspectos negativos. Assim, Segal (1964) confirma esse dado ao explicar que pode-se projetar o mau, e essa projeção produz um sentimento de ameaça externa. Verificou-se que isso aconteceu nessa situação.

No período intermediário da sessão, percebeu-se que a cisão e a projeção foram os mecanismos que surgiram com maior predominância. A paciente 8 colocou ao grupo o quanto ela se esqueceu dela mesma depois que casou e teve filhos. Dessa forma, verificou-se que a paciente utilizou a projeção como um alívio da tensão interna, pois ela atribuiu a casa e aos

filhos propriedades suas. Klein (1975) em sua obra, 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicada em 1946, aponta que a projeção é uma defesa que visa à externalização da pulsão de morte. Apoiando, assim, a interpretação desse dado.

A paciente 1, ao falar de sua sogra, utilizou a cisão e a projeção como defesas. Antes de mais nada, fez uma divisão em que os aspectos positivos foram atribuídos a ela mesma, e os negativos foram atribuídos à sogra. Posteriormente ao objeto ser cindido, foi possível que a paciente projetasse na sua sogra características próprias. Klein (1975), em seu trabalho 'Notas sobre alguns mecanismos esquizóides', publicado em 1946, autentica esse dado por afirmar a que os processos de cisão podem atuar juntamente à projeção, e os mesmos são considerados os mecanismos iniciais mais fundamentais utilizados em defesa do ego.

Verificou-se que a projeção foi o mecanismo que mais surgiu no período final da terceira sessão. A paciente 1 continuou falando sobre sua sogra e vendo-a como um objeto mau. Em seguida, a paciente 2 também começou a falar sobre a sogra da paciente 1, apoiando a mesma em suas queixas e reclamações. Constatou-se que, nesse momento, as duas pacientes estão cindindo e projetando aspectos negativos na sogra da paciente 1.

A paciente 3 esclareceu ao grupo que ficou em silêncio a maior parte da sessão, justificando que as demais pacientes que precisam ser ouvidas e precisam de energia. Nesse momento, percebeu-se que a paciente 3 projetou nas demais as suas próprias necessidades. Ela fala das outras pacientes, como se estivesse falando dela mesma. A paciente 2, ao ouvir a colocação da paciente 3, contou ao grupo o quanto a religião é importante e a ajuda. Sob o mesmo ponto de vista, percebeu-se que em todos os casos citados a projeção esteve presente. Segal (1964) apóia essa hipótese, pois entende que a projeção é um mecanismo utilizado para manter afastado o objeto bom do objeto mau.

Tabela 4. Distribuição das respostas dos participantes na sessão 4.

Mecanismos de defesa	Sessão 4					
	0-15 minutos		15-45 minutos		45-60 minutos	
	F	%	F	%	F	%
<i>Identificação</i>	0	0	3	15,8	4	50
<i>Negação</i>	0	0	4	21,05	0	0
<i>Projeção</i>	0	0	7	36,8	3	37,5
<i>Idealização</i>	0	0	4	21,05	0	0
<i>Cisão</i>	0	0	1	5,3	1	12,5
Total	0	0	19	100	8	100

A quarta sessão contou com a participação das pacientes 1, 3, 4, 6, 8 e 9. Observou-se que no período inicial não houve oportunidade de interpretar o surgimento de algum mecanismo de defesa no qual o uso fosse significativo.

Já no período intermediário, a projeção foi o mecanismo que apareceu com mais frequência. A paciente 3 falou sobre seus vizinhos e sobre as casas do seu bairro, disse morar em um bairro triste, em que as pessoas são frias, e as mesmas não procuram se conhecer e fazer amizades. Apurou-se que a paciente estava falando dos vizinhos e das casas de seu bairro, entretanto era como se falasse dela mesma e de sua casa. Interpretou-se o uso da projeção.

Novamente a projeção foi utilizada pela paciente 6 quando concordou com a paciente 3 e começou a dizer que as pessoas realmente são frias e se fecham em seus mundos, como se tivessem medo. Assim, a paciente falava das pessoas e de seus sentimentos, como se estivesse falando dela mesma. Outra vez, em ambos os casos ficaram evidentes o uso da projeção. Zimerman (2001) corrobora essas interpretações salientando que esse mecanismo é uma defesa primitiva em que há a expulsão de algo seu dentro de outra pessoa.

Além da projeção, observou-se a ocorrência de outros mecanismos tais como a idealização e a negação. As pacientes 3, 6 e 8 conversaram a respeito do que elas achavam que falta nessas casas que aparentam ser frias, e chegaram à conclusão de que falta o amor. Por certo, as pacientes idealizaram que o amor poderia fazer essas casas deixarem de ser frias,

atribuindo somente ao amor esse poder. Segal (1964) apóia esse dado por entender que o a relação com o objeto bom pode ser idealizada e pode acontecer em várias situações. Nesse caso, a idealização aparece na formação de ideais sociais e morais.

A negação pôde ser percebida em alguns momentos da sessão. A princípio, quando a paciente 8 negou ao grupo os benefícios da terapia. Ela sabe da existência de benefícios, contudo defende-se negando ter esse conhecimento. Pouco depois, a paciente 6 nega características ruins da cidade em que mora, a fim de se defender de angústias e aflições que possam ser geradas por conta dessas propriedades.

Por fim, a paciente 3 contou ao grupo uma situação vivenciada em sua casa, relatando atitudes as quais não foram bem aceitas pela sua família. Ressalta que muitas vezes essas atitudes aconteceram de forma espontânea, e que ela não teve intenções de fazer o que fez. Todas essas interpretações citadas foram apoiadas em Zimerman (2001), em que o mesmo entende que o uso desse mecanismo é um fenômeno no qual o indivíduo nega algo a fim de defender-se de desejos, sentimentos ou pensamentos.

O período final contou com a identificação e com a projeção como os mecanismos mais utilizados. As pacientes 3, 4, 6 e 9 se identificaram por acreditarem que a vida é feita para realizar sonhos, e que enquanto elas tiverem um sonho e a possibilidade de realizá-lo, elas o farão. Hinshelwood (1991) contempla esse dado ao apontar que a identificação é um mecanismo de defesa que proporciona o reconhecimento da identidade e dos objetos do ego.

Notou-se que a paciente 3 projetou características próprias em sua irmã. Segundo Segal (1964) a projeção é marcada pela percepção do objeto como se o mesmo tivesse adquirido os aspectos que foram projetados.

Tabela 5. Distribuição das respostas dos participantes na sessão 5.

Mecanismos de defesa	Sessão 5					
	0-15 minutos		15-45 minutos		45-60 minutos	
	F	%	F	%	F	%
<i>Identificação</i>	3	100	4	26,7	1	11,1
<i>Negação</i>	0	0	2	13,3	0	0
<i>Projeção</i>	0	0	5	33,3	4	44,5
<i>Regressão</i>	0	0	1	6,7	0	0
<i>Deslocamento</i>	0	0	3	20	3	33,3
<i>Cisão</i>	0	0	0	0	1	11,1
Total	3	100	15	100	9	100

A quinta sessão teve a participação das pacientes 1, 2, 3, 4, 6, 8 e 9. Analisou-se que o período inicial teve a identificação como o único mecanismo utilizado. A paciente 6 contou sobre os problemas de saúde que sua irmã estava passando. Identificou-se com esses problemas, demonstrando sua angústia e chorando. A paciente 2 se identificou com a paciente 6 por ter passado por alguns problemas de saúde também. Quando contou sobre suas dificuldades, a paciente 6 passou a se identificar com a paciente 2. Verificou-se que a identificação esteve presente em todo esse período. Hinshelwood (1991) corrobora essa observação, pois entende que a identificação é um mecanismo que ajuda a estabelecer um mundo pessoal para o sujeito.

No período intermediário, a projeção foi o mecanismo que mais se destacou. A paciente 3 trouxe ao grupo a dificuldade que sentiu em se consultar com o psiquiatra, dizendo que ele é uma pessoa fria e dura com ela. Relatou o quanto chorou depois que saiu do seu consultório. Percebeu-se que a paciente projetou no psiquiatra propriedades suas. Laplanche e Pontalis (1967) verificam que a projeção aparece sempre como uma defesa em que há a atribuição ao outro de qualidades, sentimentos e desejos que o indivíduo desconhece ou recusa em si.

A paciente 6 se identificou com a paciente 3 sobre a opinião à respeito dos psiquiatras, e comentou um pouco mais sobre esse assunto. Assim, a paciente 3 se identificou com a

paciente 6 também. Segal (1964) esclarece que a identificação origina-se dos processos de projeção e introjeção.

Quando a paciente 3 contou que chorou por conta do jeito que o psiquiatra a tratou, a paciente 8 disse que foi bom ela ter chorado. Evidenciou-se, assim, o uso da projeção ao atribuir um desejo seu à paciente 3. Essa interpretação foi confirmada quando a mesma contou ao grupo sobre o problema de saúde que seu filho estava passando. Falou da dificuldade que sente em compartilhar e demonstrar seu sofrimento, evitando chorar e falar disso. Em suma, disse que prefere se calar e se voltar à religiosidade, pois somente Deus pode fazer alguma coisa pelo seu filho. Imediatamente, percebeu-se que a paciente atribuiu à religião certas responsabilidades sobre a sua família. Dessa forma, constatou-se o uso da projeção e do deslocamento por conta da paciente ter projetado e deslocado a Deus propriedades suas.

Assim como no período intermediário, a projeção e o deslocamento também foram os mecanismos utilizados. A paciente 8 continuou se posicionando de forma impotente, atribuindo a Deus certas responsabilidades. A paciente 6 contou que se ela ou alguém de sua família não estiver se sentindo bem, ela também recorre à religiosidade. Disse que faz uma oração e pede para que Deus converse com sua alma. A paciente 2 colocou ao grupo que frequenta a igreja e recorre a Deus nos momentos de necessidades. Logo, verificou-se que as pacientes 8, 6 e 2 utilizaram a projeção e o deslocamento como defesas, pois projetaram em Deus necessidades próprias. Laplanche e Pontalis (1967) explicam que o deslocamento é um mecanismo no qual representações são deslocadas a fim de serem afastadas do conflito defensivo. Para que o deslocamento ocorra, primeiramente há o uso da projeção em que o indivíduo atribui ao outro as tendências e os desejos que desconhece em si mesmo.

A projeção pôde ser percebida no relato da paciente 4 que disse ao grupo não que se sentiu bem na última semana, mas fingiu para sua irmã que está bem. Justificou que sua irmã não pode saber que ela está nervosa e triste de novo, pois ficará mal por saber disso.

Hipotetiza-se que a paciente 4 está fingindo para si mesma que está bem, e projetou na irmã essas necessidades que pertencem a ela mesma. Laplanche e Pontalis (1967) confirmam essa hipótese por considerarem que o indivíduo expulsa de si o que causa desprazer em seu íntimo.

Tendo como base as cinco sessões analisadas, observou-se que os mecanismos de defesa que surgiram primordialmente foram a cisão, a projeção, a identificação, a introjeção, a negação e a formação reativa. Percebeu-se que a maior parte dos mecanismos utilizados era primitiva. Isso se justifica por Hinshelwood (1991) em que cita a negação, a cisão, as formas excessivas de projeção e introjeção e as identificações correlacionadas compondo a categoria das defesas psicóticas, elaborada pelas teorias Kleinianas. Foi possível compreender o uso freqüente de tais mecanismos de defesa segundo a perspectiva de Bechelli e Santos (2005a) que afirmam que o paciente, em terapia de grupo, pode apresentar intensa ansiedade proveniente de experiências do passado, situações do presente e preocupações com a vida futura.

Verificou-se que as pacientes usaram as defesas a fim de perceber, negar, alterar ou refletir sobre a realidade. Pelo fato das pacientes terem utilizado mais as defesas primitivas, entendeu-se que as mesmas funcionaram na posição esquizoparanóide. Segal (1964) corrobora esse dado ao afirmar que a posição esquizoparanóide é uma forma de organizar o ego primitivo. Nesse contexto, percebeu-se que os aspectos infantis e adultos das pacientes atuaram simultaneamente, e os mecanismos aos quais seus egos selecionaram são as defesas contra as ansiedades psicóticas.

Por meio das cinco sessões do grupo, buscou-se interpretar os mecanismos de defesa conforme as oportunidades em que seu uso era significativo para os pacientes. Assim, foi possível conhecer quais foram os mecanismos mais utilizados em cada período do atendimento. Nesse sentido, verificou-se que no período inicial, no intermediário e no final de

todas as sessões analisadas tiveram a ocorrência da projeção e da cisão como os mecanismos predominantes.

A estrutura desse grupo foi marcada por pacientes que possuíam um nível sócio-econômico médio baixo e a maioria concluiu somente o ensino básico. Todas as pacientes são mulheres, e a maioria é casada e possui filhos. No geral, as queixas resultavam em problemas de relacionamento e dificuldades em aceitar mudanças.

Pôde-se perceber que a projeção foi a força motriz de todos os mecanismos que se movimentaram dentro de um quantum de energia que buscou a integração do sujeito. E essa energia se manifestou no grupo principalmente por meio da cisão, identificação e negação.

Mesmo que as pacientes tenham funcionado na posição esquizoparanóide, ficou evidente a existência de uma tendência à integração. Às vezes, essa tendência era afastada ocorrendo uma desintegração do ego. Outras vezes, a posição depressiva ficava mais próxima do funcionamento das pacientes por conta dessa tendência. Contudo, percebeu-se que o grau de integração mudou constantemente podendo variar conforme o dia ou a hora.

Os mecanismos de defesa devem ser olhados como protetores do ego em relação às ansiedades, e como etapas graduais no desenvolvimento (Segal, 1964). A compreensão psicodinâmica é capaz de escutar, entender e conduzir o paciente a integrar grande parte de seus conteúdos emocionais por meio do movimento de atuar de modo primitivo. Assim, consegue-se sentir seus conteúdos retidos e elaborar suas emoções com o entendimento adequado daquele momento revivido, atualizado, e numa constante busca de equilíbrio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou os tipos de mecanismos de defesa que surgiram nos pacientes nas cinco primeiras sessões de psicoterapia analítica de grupo. Nos estágios iniciais da terapia os pacientes procuraram estabelecer limites e criar vínculo entre os membros. Os fatores terapêuticos que predominaram foram a instalação da esperança, a orientação e a universalidade.

Observou-se que muitas defesas foram utilizadas e, muitas vezes, elas apareciam simultaneamente. Assim, a identificação e a nomeação de tais mecanismos foram realizadas minuciosamente.

É uma pesquisa de base psicanalítica, que utilizou tanto os indicadores percentuais quanto os qualitativos em sua análise. Mensurar questões subjetivas, uma vez que as mesmas não são puras, exige objetividade e cuidado da parte do pesquisador. Isso porque as questões clínicas devem representar significados por meio dos números.

O foco da pesquisa se delimitou aos mecanismos de defesas que surgiram nos pacientes do grupo. Para isso, a pesquisa deixou de avaliar outras questões que apareceram. Assim, não houve a prolongação aos demais assuntos que dizem respeito aos indivíduos e aos grupos.

Ressalta-se que o trabalho poderia ter sido analisado com outros enfoques e outros fenômenos psíquicos. Ou seja, a análise poderia ter sido feita com um enfoque mais grupal, ao invés de individual. Poderia ter sido feita à luz de outros teóricos importantes para a psicanálise. Assim como outros fenômenos do campo grupal poderiam ter sido investigados tais como as ansiedades ou as identificações, ao invés dos mecanismos de defesa. Por todas essas possibilidades, sugere-se que estudos futuros sejam realizados.

Por fim, conclui-se que os mecanismos de defesa estão presentes em todos os indivíduos e grupos. No entanto, cada grupo possui suas particularidades e seu próprio jeito

de funcionar. No grupo em questão, ficou evidente que os pacientes funcionaram na posição esquizoparanóide principalmente por utilizarem os mecanismos primitivos de defesa predominantemente. No entanto, a busca pela integração é constante.

CRONOGRAMA TOTAL DE EXECUÇÃO DA PESQUISA

Etapa I - 8º semestre

ATIVIDADES		2006									
		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ	
		01-15	16-30	01-15	16-31	01-15	16-30	01-15	16-31	01-15	16-30
01	Levantamento Bibliográfico										
02	Definição do problema e objetivos										
03	Elaboração Método										
06	Elaboração termo consentimento										
07	Elaboração plano análise de dados										
08	Fechamento projeto										
09	Envio ao comitê de ética										

Etapa II - 9º semestre

ATIVIDADES		2007									
		JAN/FEV		MAR		ABR		MAI		JUN/JUL	
		01-15	16-30	01-15	16-31	01-15	16-30	01-15	16-31	01-15	16-30
01 continua	Levantamento Bibliográfico										
10	Retorno provável da avaliação do comitê										
11	Contato com o local onde a pesquisa será realizada										
12	Coleta dados										
13	Tratamento dos dados										

REFERÊNCIAS

Archanjo, C. M. A. (1998). Fenômenos psíquicos vivenciados por um grupo de supervisão. *XII Congresso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo – Anais*. Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG), Montevideo, 197-204.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2005a). O paciente na psicoterapia de grupo. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13(1) [Citado em 26 de agosto de 2006]. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br>.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2005b). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13(2) [Citado em 26 de agosto de 2006]. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br>.

Contel, J. O. B. & Oliveira Jr., J. F. (2005). Foco, estrutura e conteúdo da interpretação integrativa em psicoterapia de grupo (PG) de longa duração. *Rev. Psiquiatr. RS*, 27 (1) [Citado em 23 de setembro de 2006]. Disponível na World Wide Web: <http://www.bireme.br>.

Foulkes, S. H. (1970). *Grupo-análise terapêutica*. Traduzido por Isabel Passos. Publicações Europa-América. (Original publicada em 1964).

Freud, A. (2006). *O ego e os mecanismos de defesa*. Traduzido por Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artmed. (Original publicada em 1936).

Freud, S. (1976). *Psicologia de grupo e a análise do ego: Dois verbetes de enciclopédia*. Traduzido por Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicada em 1969).

Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento Kleiniano*. Traduzido por José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicada em 1991).

Kauder, E., Bodstein, K. & Oliveira Jr., J. F. (2003). Diagnóstico e tratamento do transtorno de pânico. *XII Congresso Brasileiro de Psicoterapia de Grupo, VII Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia de Grupo e XV Congresso de Spag de Campinas* [CD-ROM]. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Klein, M. (1975). *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (4ª ed., vol. 3). Traduzido por Liana Pinto Chaves e colaboradores. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicada em 1946).

Klein, M. (1975). *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (4ª ed., vol. 3). Traduzido por Liana Pinto Chaves e colaboradores. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicada em 1952a).

Klein, M. (1975). *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (4ª ed., vol. 3). Traduzido por Liana Pinto Chaves e colaboradores. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicada em 1952b).

Klein, M. (1975). *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (4ª ed., vol. 3). Traduzido por Liana Pinto Chaves e colaboradores. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicada em 1960).

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário da psicanálise*. Traduzido por Pedro Tamen (2. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicada em 1967).

Miodownik, B. (2003). Psicoterapia de orientação analítica e o método. Agora muito mais psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37 (2/3), 279-298.

Pereira, S. W. (2000). Desamparo e sublimação: uma proposta metapsicológica. *Psychê Revista de Psicanálise*, 4(5), 117-132.

Rosa, A. M. (2005). Quero ser John Malkovich e o pacto com o diabo de Se eu fosse você: destinos da identificação projetiva excessiva. *Rev. Psiquiatr. RS*, 27 (2) [Citado em 23 de setembro de 2006]. Disponível na World Wide Web: <http://www.bireme.br>.

Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Traduzido por Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago Editora (Original publicada em 1964).

Silva, M. H. P. (1999). Introjeção da função analítica: um esboço a partir da clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 33(2), 267-282.

Souza, L. V. & Santos, M. A. (2005). Grupo, experiência e escuta: Notas sobre o papel do psicoterapeuta. *V Congresso do NESME – IV Encontro Paulista de Psiquiatria e Saúde Mental – VII Jornada da SPAGESP*. [CD-ROM].

Terzis, A. & Chvatal, V. L. S. (1998). Grupo de psicoterapia para pacientes psiquiátricos internados. *XII Congresso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo – Anais*. Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG), Montevideo, 311-316.

Terzis, A., Radomile, M. E. S. & Toledo, M. H. C. (1996). Grupo Análise e Instituição: Um enfoque didático. *XII Congresso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo – Anais*. Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG), Buenos Aires, 219-224.

Terzis, A. & Rodrigues, B. S. (1996). América Latina, final do século XX Papel do grupoanalista. *XII Congresso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo – Anais*. Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG), Buenos Aires, 133-138.

Wollmeister, E. & Oliveira Jr., J. F. (2003). O estudo de manifestações resistenciais em sessões de psicoterapia analítica de grupo. *XII Congresso Brasileiro de Psicoterapia de Grupo, VII Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia de Grupo e XV Congresso de Spag de Campinas de Campinas* [CD-ROM]. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Zimerman, D. E. & Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2ª. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO 1

SESSÃO N°

MECANISMOS DE DEFESA	RELATO DA SESSÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (1ª via)

OS MECANISMOS DE DEFESA E A PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO

Eu,.....,
RG.....; idade.....; endereço:
....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Katya Luciane de Oliveira e de Ariadne Bertão Baptista do curso de Psicologia-Itatiba, da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é identificar os diferentes tipos de mecanismos de defesa que surgem nos pacientes em psicoterapia analítica de grupo;
- 2- Durante o estudo as sessões serão gravadas e os dados obtidos por meio das mesmas serão organizados em planilha e submetidos à análise de conteúdo conforme o objetivo deste estudo.
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4 - A resposta a este instrumento, procedimento(s) poderão causar constrangimento;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 4534-8040;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Katya Luciane de Oliveira, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 4534 8019;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba,... de de 200...

Assinatura:

.....

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (2ª via)

OS MECANISMOS DE DEFESA E A PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO

Eu,....., RG.....; idade.....; endereço:....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Katya Luciane de Oliveira e de Ariadne Bertão Baptista do curso de Psicologia-Itatiba, da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é identificar os diferentes tipos de mecanismos de defesa que surgem nos pacientes em psicoterapia analítica de grupo;
- 2- Durante o estudo as sessões serão gravadas e os dados obtidos por meio das mesmas serão organizados em planilha e submetidos à análise de conteúdo conforme o objetivo deste estudo.
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;
- 4 - A resposta a este instrumento, procedimento(s) poderão causar constrangimento;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 4534-8040;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Katya Luciane de Oliveira, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 4534 8019;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba,... de de 200...

Assinatura:

.....