

AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA

**ESQUIZOFRENIA: ARTE-TERAPIA COMO FORMA DE TRATAMENTO EM SALA
DE AULA**

SIMONE CRISTINA DE SANTANA MEDEIROS

simone.cristina_santana@hotmail.com, ocnalb_sjg@hotmail.com

Orientador: PROF. ILSO FERNANDES DO CARMO

JUINA/2011
AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA

**ESQUIZOFRENIA: ARTE-TERAPIA COMO FORMA DE TRATAMENTO EM SALA
DE AULA**

SIMONE CRISTINA DE SANTANA MEDEIROS

Orientador: PROF. ILSO FERNANDES DO CARMO

*“Trabalho apresentado como exigência
parcial para a obtenção do título de
Especialização em Psicopedagogia.”*

JUINA/2011

DEDICATÓRIA

Dedico a minha FAMILIA.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus. E as pessoas que diretamente ou indiretamente fizeram parte dessa monografia.

RESUMO

O principal motivo da realização desse trabalho se deu diante da necessidade e angústia de tentar compreender e ajudar um educando de minha sala de aula, portador de esquizofrenia. Diante desse contexto utilizei de pesquisas e embasamentos teóricos para enriquecer minha prática pedagógica. Por meio da arte-terapia que é a criatividade e o autoconhecimento e não o aprendizado técnico; favorecendo a busca do equilíbrio psicológico bem como desenvolver a psique saudável e favorecer o contato com conteúdos interdisciplinares, como desenhos, músicas, teatros, movimentos, modelagens, esculturas e outros. Os estudos das expressões artísticas de diferentes tipos de pessoas verificaram que o processo criativo envolvido nas atividades artísticas terapêuticas é enriquecedor para a qualidade de vida, que o ato de criar orientado amplia o auto conhecimento e aumenta a auto estima. As oficinas de pintura e modelagem delineam caminhos para o mundo interno do indivíduo esquizofrênico. Portanto, a Arteterapia é indicada para pessoas de todas as idades, desde de crianças a idosos. Os resultados foram significativos pois desenvolveu o processo ensino aprendizagem de uma forma prazerosa. Segundo JUNG (1985), o homem almeja desenvolver o seu dom de criar, manifestando na sua própria criação artística seu sentimento em relação a si próprio e ao mundo. Por ser a linguagem que tem mais simbolismo, a arte é representação e criação; é o impulso que o homem tem de formar e criar o que ainda está em seu imaginário. O simbolismo contido na arte funciona como um veículo de expressão de valores significativos de sua vida.

Palavras-Chave: Arte-terapia. Criatividade. Esquizofrenia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
CAPÍTULO I	
A PSIQUIATRIA.....	09
1.1 - A PSIQUIATRIA - ABORDAGEM MÉDICA DA DOENÇA MENTAL.....	09
1.2 - A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SUAS ORIGENS.....	09
CAPITULO II	
O CONCEITO E A HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
2.1 CONCEITO.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
2.2 HISTÓRIA.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
CAPITULO III	
SINTOMATOLOGIA, TIPOS DE ESQUIZOFRENIA E BASES NEUROFISIOLÓGICAS.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1 SINTOMATOLOGIA.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1.1 SINTOMAS POSITIVOS.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1.2 SINTOMAS NEGATIVOS.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1.3 PROCESSOS DE PENSAMENTOS PERTURBADOS.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1.4 INUNDAÇÃO COGNITIVA (SOBRECARGA DE ESTÍMULOS)....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1.5 DELÍRIOS.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1.6 SINTOMAS DE HUMOR.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>
3.1.7 SINTOMAS MOTORES.....	17
3.2 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.....	17
3.2.1 ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA.....	17
3.2.2 ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA.....	18
3.2.3 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE.....	18
3.2.4 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL.....	19
3.2.5 ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA.....	19
3.3 BASES NEUROFISIOLÓGICAS.....	19
3.4 FATORES GENÉTICOS.....	<u>Erro: Origem da referência não encontrado</u>

3.5 Fatores biológicos.....	Erro: Origem da referência não encontrado
3.6 Fatores psicossociais.....	Erro: Origem da referência não encontrado ⁰⁶
3.7 diagnósticos.....	Erro: Origem da referência não encontrado ²
3.8 TRATAMENTOS.....	Erro: Origem da referência não encontrado
CAPITULO IV	
ARTE-TERAPIA COMO FORMA DE TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.1 ARTE-TERAPIA.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.1.1 HISTÓRICO DEFINIÇÃO E OBJETIVO.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.2 QUANTO AO TERAPÊUTA E O ESQUIZOFRENICO.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.3 MATERIAIS E TÉCNICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO.....	25
4.4 ARTE-TERAPIA NAS ABORDAGENS.....	26
4.5 ESTUDOS DAS PROPRIEDADES EM VALOR TERAPÊUTICO DOS MATERIAIS ARTÍSTICOS.....	27
4.5.1 MATERIAIS UTILIZADOS NA TERAPIA EXPRESSIVA.....	29
4.6 TÉCNICAS UTILIZADAS NA TERAPIA EXPRESSIVA.....	29
4.6.1 MOVIMENTOS.....	29
4.6.2 ESCRITA.....	29
4.6.3 MÚSICA.....	29
4.6.4 IMPROVISACÃO.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.7 CRIATIVIDADE.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.8 SÍMBOLOS.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.9 FORMA.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.10 – DESENHO.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.11 PINTURA.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.12 MODELAGEM.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.13 ESCULTURA.....	Erro: Origem da referência não encontrado
4.14 COLAGEM.....	34
4.15 SUCATA.....	35
4.16 TECELAGEM - FIOS.....	37
4.17 ARTE-TERAPIA COMO FORMA DE TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA	37
CONCLUSÃO.....	39

REFERÊNCIAS.....Erro: Origem da referência não encontrado

INTRODUÇÃO

A monografia apresentada vem abordar de forma singular a esquizofrenia que é uma desordem mental complexa caracterizada pela desorganização de diversos processos mentais, que levam a apresentação de diferentes sintomas. É uma doença que em geral se apresenta no final da adolescência ou início da vida adulta e se manifesta pela ocorrência de crises agudas, intercaladas com períodos de remissão.

Os antipsiquiatras conseguiram através de estudos, descobrirem que o problema da esquizofrenia, apesar de ter pequenas probabilidades de ser genético, é, na maioria das vezes um problema social, isto é, mais especificamente um problema de comunicação (vínculos) entre o indivíduo e a sociedade (pegando como o primeiro grupo social a Família), ou seja, um indivíduo 'sadio' que possui problemas de comunicação, relação duplo vínculo na família tende a ter uma comunicação patológica com o meio externo, tendendo a cortar essa comunicação e a criar a sua própria realidade. Isto causa a esquizofrenia.

Vamos falar em especial a respeito da arte-terapia como forma de tratamento da esquizofrenia, pois a arte-terapia é uma prática terapêutica que utiliza os diversos canais expressivos das artes (música, teatro, artes plásticas e manuais, literatura, fotografia, dança e expressão corporal) como facilitadores do acesso ao universo simbólico e imaginário do ser humano. Este acesso normalmente abre canais de expressão e elaboração de conteúdos internos, permitindo novas e positivas descobertas, a dissolução de conflitos emocionais e psicológicos, além de um maior conhecimento de si mesmo, gerando crescimento pessoal pelo desenvolvimento da personalidade.

O aprofundamento teórico do estudo teve como técnica a pesquisa bibliográfica, consistindo na análise do método indutivo para formalizar o trabalho. Neste trabalho se procurou conferir clareza ao tema abordado, dividindo o assunto estudado em capítulos cujos estudos estão correlacionados, sem a pesquisa dos quais tornaria difícil a compreensão do que pretende demonstrar no presente trabalho.

Para tanto, conjugou-se a temática em 04 (quatro) capítulos, sendo a o 08 capítulo abordado sobre a psiquiatria, como uma abordagem médica da doença mental, a história da psiquiatria e suas origens, no capítulo II, o conceito e a história da esquizofrenia, no capítulo III sintomatologia , tipos de esquizofrenia e bases neurofisiológicas, e por fim abordou-se no capítulo IV, arte-terapia como forma de tratamento da esquizofrenia, discutindo a respeito da arte-terapia, abordando seu histórico, sua definição e objetivo, assim como os materiais utilizados na terapia expressiva, as técnicas utilizadas na terapia expressiva, a linguagem da dança, da expressão e do movimento, a linguagem da música, sons e voz e em principal enfoque arte-terapia como forma de tratamento da esquizofrenia.

CAPÍTULO I

A PSIQUIATRIA

1.1 - A PSIQUIATRIA - ABORDAGEM MÉDICA DA DOENÇA MENTAL

Segundo SZASZ, citado por STERIAN (2001, p.37):

A medicina, em geral, teve aí um grande empuxo. Os médicos que, até então precisavam fazer difíceis e perigosos diagnósticos diferenciais entre as “verdadeiras doenças” e as “doenças causadas por bruxaria” puderam passar a dedicar mais livremente à busca das origens infecciosas, orgânicas e anatômicas dos males que acometiam seus pacientes. As “doenças” cuja causa não se conseguiram atribuir a um agente infeccioso ou a uma lesão física tornaram-se as herdeiras das possessões demoníacas da Idade Média passaram a ser enclausuradas e seus “portadores” excluídos do convívio social.

Conforme STERIAN (2001), é necessário haver lesão para que haja doença.

1.2 A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SUAS ORIGENS

Surgiram vários estudos neuroanatofisiológicos das doenças mentais e, a fim de ordenar o caos existente na atividade psiquiátrica até então, entre 1856 e 1926, o alemão KRAEPELIN e ALBERTI, (1997, p.23), desenvolveu o conceito de unidade nosológica, isto é, um critério de classificação das patologias mentais que tivessem causas comuns, sintomas semelhantes, processo de desenvolvimento igual aos demais e achados anatomopatológicos concordantes.

Após esta sistematização nosológica de KRAEPELIN, diversos autores contribuíram para a classificação das doenças mentais, mostrando assim não só o lado bom do desenvolvimento da Psiquiatria, como também seu lado obscuro e pouco percebido por muitos. Alguns desses autores, numa obsessão classificatória e pessoal, multiplicavam o número de tipos e subtipos das patologias já conhecidas.

É interessante ressaltar que a visão organicista na Psiquiatria sobre a doença mental não é, segundo Christian Delacampagne (2001, p.45), em seu ensaio *Figures de l'oppression* uma ideologia qualquer, nem um pólo - entre outros - da pesquisa psicopatológica: ela é o pólo fundamental e a ideologia de base, aquela a que a Psiquiatria sempre recorre. Além disso, ela ainda mantém a ficção de que um dia será conhecida toda a química das psicoses. Com base nisto, ressalta exatamente aquilo que a razão européia e a Psiquiatria nela fundamentada têm

absoluta necessidade: que a verdadeira fonte da doença mental seja de ordem psicoquímica.

Apesar de o assunto ser Psiquiatria, apresenta-se uma das citações que Thomas Szasz (1978, p. 112), um dos maiores críticos da visão psicoquímica da doença mental, colocou com sua forma sempre irônica de escrever:

Quem acredita ser Jesus, ou quem acredita ter descoberto um remédio contra o câncer (sem ser esse o caso), ou quem se acredita perseguido pelos comunistas (sem ser esse o caso), terá suas convicções, provavelmente, interpretadas como sintomas de esquizofrenia. Mas, quem acreditar serem os judeus o povo eleito, ou ser Jesus o filho de Deus, ou ser o comunismo a única forma de governo científica e moralmente justa, terá suas convicções interpretadas como o produto daquilo que é: judeu, cristão, comunista. É por isso que acredito que só descobriremos as causas químicas da esquizofrenia quando descobirmos as causas químicas do judaísmo, do cristianismo e do comunismo. Nem antes e nem depois.

Mas enfim, sendo alimentado pelos resultados ora frágeis da neurologia, o organicismo continua a se voltar hoje para as promessas ainda mais abstratas da bioquímica e da genética molecular, com a finalidade de poder, através delas e algum dia, compreenderem melhor as origens e os processos das doenças mentais.

Sendo assim, o psiquiatra continua ainda a ser um médico como os outros mostrando que a doença mental é uma doença como as outras, isto é, uma doença de base orgânica.

CAPITULO II

O CONCEITO E A HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA

2.1 CONCEITO

O termo esquizofrenia foi criado em 1908 pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler. A esquizofrenia não é uma entidade clínica homogênea e decorre de uma combinação variável de predisposição genética, disfunção bioquímica, fatores fisiológicos e estresse psicossocial.

Para KAPLAN et al (1998, p. 85):

A esquizofrenia é um transtorno de causas desconhecidas, caracterizado por sintomas psicóticos que prejudicam significativamente o funcionamento e envolve perturbações das emoções, pensamentos e comportamentos. O transtorno é crônico e geralmente possui uma fase prodromica, uma fase ativa com delírios, alucinações ou ambos e uma fase residual, na qual o transtorno pode estar em remissão.

De todas as doenças mentais é a mais incapacitante. É aquela que requer maior tempo de internação e que provoca maior sofrimento para a família e para o cliente. É também a doença que causa maior medo e repulsa nas pessoas em geral, devido à desorganização do pensamento e as alterações importantes de comportamento apresentadas pelo cliente. Caracterizada por: afastamento da realidade o individuo entra num processo de centramento em si mesmo, no seu mundo interior, ficando, progressivamente entrega as próprias fantasias. Manifesta incoerência ou desagregação do pensamento, das ações e da afetividade.

Segundo KAPLAN et al (1998, p. 82):

A Esquizofrenia é uma doença da personalidade total que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereótipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. A esquizofrenia é conceituada como doença, com piora das funções mentais, que interfere na capacidade de discernimento em relação aos fatos habituais da vida ou contato adequado com a realidade.

Segundo KAPLAN et al (1998), aproximadamente 1% da população é acometida pela doença, geralmente iniciada antes dos 25 anos e sem predileção por qualquer camada sócio-cultural. O diagnóstico se baseia exclusivamente na história psiquiátrica e no exame do estado mental. É extremamente raro o aparecimento de esquizofrenia antes dos 10 ou depois dos 50 anos de idade e parece não haver nenhuma diferença na prevalência entre homens e mulheres.

JAVITT e COYLE (2004), afirmaram que no Brasil, estimativas do Ministério da Saúde indicaram que entre 0,7% e 1% da população sofre ou já teve um surto de esquizofrenia. O estudo apresenta os dados oficiais apontados pelo Ministério da Saúde entre janeiro e outubro de 2007: aproximadamente 131 mil pacientes com diagnóstico de esquizofrenia foram internados em hospitais psiquiátricos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando aos cofres públicos gastos de cerca de R\$ 214 milhões.

Lembramos que a distorção do pensamento, da percepção e a inadequação de afetos caracterizam os transtornos esquizofrênicos. Em geral o paciente com esquizofrenia mantém clara sua consciência e sua capacidade intelectual.

Por outro lado, SZASZ (1978, p. 193) argumenta que o que:

Se denomina esquizofrenia não existe. Esquizofrenia não é uma doença, mas o nome de uma suposta doença. Embora não exista esquizofrenia, existem, disse ele, inúmeros indivíduos que são chamados de esquizofrênicos. Muitas dessas pessoas comportam-se e falam de uma forma que difere do comportamento e da fala de muitas outras pessoas. Irreverentemente, este autor, pergunta: “o que é que tudo isso tem a ver com a medicina, ou com a Psiquiatria, que é ostensivamente uma especialidade médica?” E responde: “Nada”.

2.2 HISTÓRIA

Segundo KAPLAN (1998, p. 439), a história dos psiquiatras e neurologistas que escreveram e teorizaram a esquizofrenia se encontra junto com a história da psiquiatria.

BLEULER apud KAPLAN (1998), criou o termo “esquizofrenia”, que substituiu o termo “demência precoce” na literatura. Bleuler conceituou o termo para indicar a presença de um prisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados.

Emil Kraepelin apud Kaplan (1998), também tem importância na história da esquizofrenia e diferenciou os pacientes com demência precoce daqueles que classificava como afligidos por psicose maníaco depressiva ou paranóia.

A demência precoce era caracterizada tendo um curso deteriorante em longo prazo. Já os pacientes com psicose maníaco-depressiva não tiveram cura total, mas tiveram períodos de funcionamento normal.

MOREL apud KAPLAN (1998), usou o termo Démense précoce (Demência Precoce) para uma doença mental com deterioração mental, com início precoce na adolescência.

SULLIVAN, apud por KAPLAN (1998), fundador da escola psicanalítica interpessoal relata o isolamento social como sintoma. Langfeldt dividiu os pacientes com sintomas psiquiátricos maiores em dois grupos; aqueles com verdadeira esquizofrenia e aqueles com psicose esquizofreniforme, salientando a importância da despersonalização, autismo, embotamento emocional, início insidioso e sentimentos de desrealização em sua descrição da vera esquizofrenia. Esta esquizofrenia também veio a ser conhecida como esquizofrenia nuclear, esquizofrenia processo e esquizofrenia não-remitente.

SCHENEIDER (1962), também descreveu vários sintomas esquizofrênicos de primeira ordem da esquizofrenia sendo que esta pode ser diagnosticada exclusivamente como base nos sintomas de segunda ordem com o quadro clínico típico; infelizmente este alerta é ignorado.

São várias as tendências de reflexão sobre a Doença Mental, notadamente sobre as Psicoses que, embora provenientes de diversos momentos históricos do pensamento psicológico, estimulam bastante as discussões sobre o tema.

A Esquizofrenia é uma doença da personalidade total que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereotipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. Agindo como alguém que rompeu as amarras da concordância cultural, o esquizofrênico menospreza. No entanto há que compreender o problema para assim se poderem ver quais as melhores soluções.

Caracterizada por uma dissociação das funções psíquicas e pela perda de contato com o mundo exterior ela afeta não só a pessoa, mas também toda a sua família e todas as pessoas à sua volta. Um dos seus primeiros sintomas é a diminuição da afetividade, quando não a sua total supressão ou ausência, existindo um desligamento do mundo por parte do doente, que se volta sobre si mesmo. As funções intelectuais são igualmente perturbadas o que acarreta rapidamente a alienação de tudo o que se passa à sua volta.

CAPITULO III

SINTOMATOLOGIA , TIPOS DE ESQUIZOFRENIA E BASES NEUROFISIOLÓGICAS

3.1 SINTOMATOLOGIA

Embora a esquizofrenia seja discutida como se fosse uma doença única, os sintomas são variáveis. Pode-se desenvolver esquizofrenia por fatores biológico (por exemplo, infecção) ou psicológico (situação familiar estressante, morte de um parente próximo, abuso de drogas, estresse psicossocial e trauma).

Para HOLMES (2001, p. 25), o termo esquizofrenia refere a:

Um conjunto de transtornos complexos e assustadores como ouvir vozes, pensar que são controlados por outras pessoas, sentir insetos caminhar pelo seu corpo, acreditar que pessoas conspiram contra eles e expressar-se usando linguagem sem sentido.

Muitos de nós podemos entender os transtornos como ansiedade e depressão, fazendo-nos reagir com receio, porém, a esquizofrenia é acompanhada de alucinações e delírios. Muitas pessoas conseguem ou aprendem a ignorar as vozes e funcionam eficazmente na sociedade sendo que outras podem nem estar cientes de seu transtorno. A patologia aparece em torno dos 20 anos de idade em homens, e nas mulheres a partir dos 30 anos. A frequência é a mesma para ambos.

DAVIDOFF (2001, p. 77), explica que existem três estados emocionais identificáveis durante a doença:

Fase aguda: sintomas psicóticos são claros como enganos e alucinações e pensamentos bastante desorganizados, sendo os pacientes normalmente incapazes de cuidar de si mesmos apropriadamente. Sintomas negativos geralmente também se tornam mais severos. Em casos mais sérios, o paciente pode permanecer nesta fase por um período crônico, em estabilização.

Fase de estabilização: sintomas psicóticos diminuem de intensidade. Esta fase pode durar seis meses ou mais após o surgimento da fase aguda.

Fase estável: sintomas ficam a se estabilizar e ficam bem menos severos que na fase aguda. Pode ser também eu não haja qualquer sintoma ou então demonstração de sintomas não psicóticos, como tensão, ansiedade, depressão ou insônia. Podem durar poucos dias ou vários meses.

Os sintomas característicos da esquizofrenia podem ser agrupados, genericamente, em dois tipos: positivos e negativos. Outra forma de distinguir entre os tipos é que no sintoma positivo são apresentados comportamentos não

encontrados em indivíduos normais enquanto que os sintomas negativos equivalem a ausência de comportamento comumente encontrado em indivíduos normais. Alguns pacientes podem ter tanto sintomas positivos como negativos.

3.1.1 SINTOMAS POSITIVOS

Os sintomas positivos são assim denominados por serem os mais floridos e exuberantes, tais como: Alucinações (mais freqüentemente, as auditivas e visuais e, menos freqüentes as táteis, e olfativas), os delírios (persecutórios, de grandeza, de ciúmes, somáticos, místicos, fantásticos), perturbações da forma e do curso do pensamento (como incoerência, prolixidade, desagregação), comportamento desorganizado, bizarro, agitação psicomotora e mesmo negligência dos cuidados pessoais.

3.1.2 SINTOMAS NEGATIVOS

Os sintomas negativos são assim denominados, pois são geralmente percebidos através de déficits como: pobreza do conteúdo do pensamento e da fala, embotamento ou rigidez afetiva, prejuízo do pragmatismo, incapacidade de sentir emoções, incapacidade de sentir prazer, isolamento social, diminuição de iniciativa e diminuição da vontade.

Segundo HOLMES (2001), o achado mais consistente é que os sintomas negativos estão associados a fraco ajustamento pré-mórbido. Antes de ser diagnosticado como esquizofrenia os indivíduos com sintomas principalmente negativos apresentam funcionamento social e sexual mais pobre, atingiram séries mais baixas na escola, apresentavam pior desempenho no trabalho como também há uma tendência negativa nos testes de inteligência.

Segundo HOLMES (2001, p.76), apresenta os seguintes sintomas:

Os mais óbvios e os mais importantes são os que incluem alucinações, delírios, processos experiências preceptuais, sem fundamento na realidade, um indivíduo que ouve, sente, cheira ou vê as coisas que não estão realmente presentes está alucinando. As alucinações auditivas são as mais comuns pensamentos perturbados e inundação cognitiva. As alucinações são

3.1.3 PROCESSOS DE PENSAMENTOS PERTURBADOS

Para HOLMES (2001), além de problemas de conteúdo de pensamento¹⁶ que seria o que as pessoas pensam, também parece haver problemas como o modo como as pessoas com esquizofrenia pensam. Foi sugerido que os processos de pensamento destes indivíduos caracterizam-se por um “afrouxamento” das ligações associativas entre os pensamentos de modo que os indivíduos frequentemente desviam-se para pensamentos irrelevantes.

As frases usadas por pessoas com esquizofrenia, de modo geral são gramaticalmente corretas, mas os pensamentos expressados são desarticulados e não fazem muito sentido quando reunidos.

3.1.4 INUNDAÇÃO COGNITIVA (SOBRECARGA DE ESTÍMULOS)

HOLMES (2001), diz que na experiência cognitiva das pessoas com esquizofrenia envolve uma ampliação excessiva de atenção que resulta no que pode ser inundação cognitiva. Estes indivíduos carecem de habilidades de barrar estímulos internos irrelevantes. É como se o filtro que a maioria de nós tem para eliminar estímulos estranhos lhes faltasse ou estivesse estragado.

Pacientes relatam que as coisas vêm rápido demais. Eles perdem o controle delas e fica perdido. Ficam prestando atenção em tudo de uma só vez e o resultado é que não se presta atenção em nada. Eles frequentemente ouvem vozes que ficam comentando coisas sobre o comportamento do indivíduo, fazem críticas ou dão ordem.

Também acontecem alucinações táteis e somáticas na qual o indivíduo imagina sensações de formigamento ou queimadura na pele ou sensações internas no corpo são comuns. Estes indivíduos não são capazes de distinguir alucinações de percepções reais.

3.1.5 DELÍRIOS

HOLMES (2001), classifica os delírios como crenças errôneas que são mantidas a despeito de fortes evidências em contrário, são bizarros e absurdos, outros, embora possíveis são improváveis. Quanto mais bizarro o delírio é, mais provável que o indivíduo esteja sofrendo de esquizofrenia. Os delírios mais comuns

são os de perseguição e o esquizofrênico pensa que outros o estão espiando ou planejando prejudicar-lo de alguma forma.

Delírios de referência são aqueles nos quais objetos, eventos e outras pessoas são vistos como apresentando algum significado particular para a pessoa. Também as pessoas com esquizofrenia experimentam delírios de identidade nos quais acreditam ser outra pessoa, como por exemplo, pensar ser é Jesus, Joana d'arc, presidente dos EUA , etc. Desenvolvem sintomas delirantes bastante elaborados envolvendo diversos delírios interrelacionados aos seus delírios.

Essa ocorrência de inundação pode ser vista em termos de atividade cerebral. A inundação cognitiva não está listada como um sintoma de esquizofrenia no DSM IV. Ela é incluída aqui por ser uma forma eficaz de conceituar a natureza dos problemas cognitivos experimentados por alguns indivíduos com esquizofrenia.

3.1.6 SINTOMAS DE HUMOR

Para HOLMES (2001), os humores dos indivíduos com esquizofrenia são descritos como “embotados”, não modulados ou “inapropriados” sendo que não são emocionalmente responsivos. Conforme os acontecimentos eles têm emoções adversas, mostram nenhuma resposta emocional ou podem permanecer impassível.

3.1.7 SINTOMAS MOTORES

Segundo Holmes (2001) os indivíduos com esses sintomas permanecem imóveis durante longos períodos de tempo, enquanto outros são mais agitados e exibem elevado nível de atividade, incluem contorções faciais incomuns e movimentos repetitivos de mãos e dedos, não se esquecendo dos efeitos colaterais da medicação. Para tratá-los, as medicações administradas

3.2 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Segundo KAPLAN (1988), existem vários tipos de esquizofrenia e é importante saber diferenciá-los a fim de proporcionar atendimento direcionado as especificidades de cada cliente. O DSMIV nomeia em: “paranoide”, “desorganizada”, “catatônico”, “indiferenciado” e “residual.”

3.2.1 ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA

Anteriormente chamada de esquizofrenia hebefrênica. Com início dos sintomas em geral antes dos 25 anos, seu curso é geralmente crônico. O indivíduo, segundo KAPLAN (1988), apresenta comportamento primitivo e regredido. O contato com a realidade é bastante deficiente. Embotamento afetivo ou incongruência afetiva, conduta tola e risos imotivados. Caretas faciais e maneirismos. Aparência pessoal negligente, o que inclui higiene inadequada e vestimentas bizarras.

3.2.2 ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA

A característica deste tipo de esquizofrenia, segundo KAPLAN (1988), é a acentuada perturbação psicomotora que pode se manifestar através de estupor ou excitação. No estupor catatônico o indivíduo apresenta extremo retardo psicomotor com diminuição acentuada de movimentos e atividades espontâneas. Mutismo, negativismo. Adoção de posições bizarras nas quais o mesmo pode permanecer durante horas.

Para HOLMES (2001, p. 80):

Tipo catatônico: Distúrbio psicomotor. Forma clássica, paciente estuporado – denominado cataplexia (flexibilidade cêrea). Pacientes com este padrão de sintomas são como estátuas de cera no sentido em que geralmente são mudos, quando colocados em uma posição eles permanecem por longos períodos de tempo. São muito raros os casos de pacientes com esse transtorno catatônico. A atração para esse declínio não está clara, mas pode ser que seja devido a medicamentos disponíveis atualmente.

A excitação catatônica caracteriza-se por extrema agitação psicomotora. Movimentos frenéticos e desprovidos de objetividade. Verbalizações incoerentes e gritos contínuos. O paciente apresenta-se, com frequência, destrutivo e violento para com os outros, necessitando de controle físico.

3.2.3 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Este tipo de esquizofrenia é caracterizado pela presença de delírios persecutórios e delírios de grandeza, assim como, de alucinações auditivas.

Classificação de HOLMES (2001, p. 80):

Tipo paranóide: Delírios de perseguição e grandiosidade. Pacientes que podem pensar que os familiares estão conspirando contra eles a fim de roubar uma herança há muito perdida (perseguição); grandiosidade (vozes

os criticam ou lhes contam que eles têm talentos especiais). Esses pacientes não apresentam desorganização de pensamentos ou comportamento; além de seus delírios eles seguidamente comportam-se de modo bastante normal. Devido às suas preocupações sobre perseguição e sua necessidade de defender seu elevado autoconceito, indivíduos tendem a serem ansiosos argumentativos e às vezes violentos, quando confrontados.

O indivíduo apresenta-se geralmente tenso, desconfiado e retraído, podendo mostrar-se agressivo e hostil. Observa-se regressão menor na resposta emocional e no comportamento em comparação aos outros tipos de esquizofrenia. O distúrbio social pode ser mínimo e o prognóstico bastante promissor.

3.2.4 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

Este tipo de esquizofrenia é diagnosticado quando o indivíduo tem história de pelo menos um episódio anterior de esquizofrenia com sintomas psicóticos importantes e quando existem evidências contínuas da doença embora os sintomas psicóticos não sejam proeminentes.

Segundo HOLMES (2001, p. 80):

Tipo Residual: Indivíduos que tiveram pelo menos um episódio esquizofrênico no passado e presentemente apresenta emoções embotadas, retração social, comportamento excêntrico; transtorno de pensamento, sintomas são abafados, sintomas como alucinações e delírios são infrequêntes e vagos.

Os sintomas residuais podem incluir: embotamento ou incongruência afetiva, distúrbio da higiene e aparência pessoal, isolamento social, empobrecimento da fala ou ainda fala excessivamente elaborada, pensamento ilógico ou apatia, na esquizofrenia residual há predomínio dos sintomas negativos da esquizofrenia.

3.2.5 ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA

Este tipo de esquizofrenia, segundo KAPLAN (1988), é constatado quando o indivíduo apresenta sintomas esquizofrênicos que não preenchem critérios diagnósticos para nenhum dos subtipos, ou quando a sintomatologia preenche critérios para mais de um subtipo. O indivíduo recebe o diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada

3.3 BASES NEUROFISIOLÓGICAS

HOLMES (2001), coloca que é interessante observar que tanto KRAEPELIN como BLEULER acreditavam que o transtorno tinha uma base fisiológica, no entanto, BLEULER que era treinado em psicanálise pensou em sintomas influenciados pelo psicológico.

Segundo BLEULER, apud HOLMES (2001, 81):

Devemos concluir disto tudo que experiências físicas – usualmente de natureza desagradável – podem, sem dúvida, afetar os sintomas esquizofrênicos. No entanto, é altamente improvável que a doença em si seja realmente produzida por tais fatores. Experiência e eventos psíquicos podem liberar os sintomas, mas não a doença.

3.4 FATORES GENÉTICOS

É possível verificar, segundo LOUZA NETO (2006), que existe uma forte corrente que parece afirmar que há uma base genética para a esquizofrenia, as pesquisas mostram que a esta afeta as famílias sendo maior a probabilidade de adoecer aqueles que têm parentes doentes.

De acordo com LOUZA NETO (2006, p. 44):

O Filho de um esquizofrênico tem 13% de risco de desenvolver a doença. Enquanto para o irmão de um esquizofrênico esse risco é de 9%, e para uma pessoa sem parentes com esquizofrenia, de aproximadamente 1%. Estudos feitos com gêmeos revelaram dados importantes sobre a influência da hereditariedade na esquizofrenia. Estudando gêmeos idênticos (que têm o mesmo material genético, uma vez que são oriundos do mesmo ovo), se um dos gêmeos tem esquizofrenia a chance do outro também ter a doença é de cerca de 50%. Já no caso de gêmeos fraternos (oriundos de ovos diferentes, portanto com material genético diferente) essa chance cai para 17%.

Porém, é pertinente a pergunta: se a esquizofrenia tem uma base genética o que faz alguns, no caso dos gêmeos idênticos, manifestarem e outros não? A resposta parece estar no ambiente. A importância de um ambiente propício para a manifestação dos distúrbios parece ser fundamental para um melhor entendimento da doença.

3.5 FATORES BIOLÓGICOS

Segundo KAPLAN (1998), a causa da esquizofrenia é desconhecida. Na década passada, uma quantidade crescente de pesquisas atribuiu um papel fisiopatológico a certas áreas do cérebro incluindo sistema límbico, córtex frontal e gânglios basais. Essas três áreas, naturalmente, estão interconectadas, de modo que a disfunção de uma pode envolver uma patologia primária em outra.

O papel do sistema límbico no controle das emoções tem sido implicado na base fisiopatológica da esquizofrenia. O sistema límbico provou ser a área mais fértil para os estudos neuropatológicos da esquizofrenia.

Estudos com amostras cerebrais de esquizofrênicos descobriram uma diminuição no tamanho da região que abrange amígdala, hipocampo e giro para-hipocampal. Este dado neuropatológico apóia uma observação similar feita pelo uso de imagem por ressonância magnética (IRM) em pacientes esquizofrênicos vivos.

Os gânglios basais têm apresentado interesse teórico na esquizofrenia por, pelo menos, duas razões. Pacientes esquizofrênicos apresentam movimentos estranhos, mesmo na ausência de transtornos de movimentos induzidos por medicamentos.

Ainda, de acordo com o autor citado acima, os movimentos bizarros podem incluir marcha instável, trejeitos faciais e estereotípias. Os gânglios basais estão envolvidos no controle dos movimentos; uma patologia dos mesmos está, portanto, implicada na fisiopatologia da esquizofrenia.

De todos os transtornos neurológicos que podem ter a psicose como um sintoma associado, os transtornos dos movimentos envolvendo gânglios basais são aqueles mais associados com psicose nos pacientes afetados.

Outro fator implicando os gânglios basais na fisiopatologia da esquizofrenia é o fato que eles estão reciprocamente conectados com os lobos frontais, levantando as possibilidades das anormalidades na função do lobo frontal. Estudos de imagens cerebrais ocorrem devido a uma patologia dentro dos gânglios basais, ao invés de nos próprios lobos frontais.

3.6 FATORES PSICOSOCIAIS

Para KAPLAN (1998), teorias envolvendo o paciente individual, não importando as controvérsias envolvendo as causas da esquizofrenia, ressalta que cada indivíduo apresenta uma conformação psicológica única. Teorias psicanalíticas: Sigmund Freud relata que a esquizofrenia resulta de fixações no desenvolvimento das neuroses, um defeito no ego que também contribuiria para a esquizofrenia.

KAPLAN (1998), ainda ressalta que a visão da Psicanálise do ego afetaria a interpretação da realidade e controlaria os impulsos internos como sexo e agressão. As perturbações decorrem de distorções no relacionamento recíproco entre o bebê e a mãe.

Margaret Mahler, apud Kaplan (1998) descreve que a criança é incapaz de separar e progredir para além da proximidade. Relata a marcante dependência que caracteriza o relacionamento mãe-filho na fase oral do desenvolvimento.

KAPLAN (1998), relata que as Emoções Expressadas (EE) definida como incluindo críticas, hostilidade e excessivo envolvimento podem caracterizar o comportamento de pais ou outros responsáveis para com uma pessoa esquizofrênica.

Estudos têm indicado que em famílias com altos níveis de emoção expressada, o índice da esquizofrenia é alto. A avaliação da (EE) envolve a análise tanto do que é dito quanto da maneira como é dita.

Teorias sociais: Alguns teóricos sugerem que a industrialização e urbanização estão envolvidas na etiologia da esquizofrenia. Atualmente, alguns teóricos consideram que o estresse exerce seus principais efeitos sobre o momento de início e severidade da doença.

3.7 DIAGNÓSTICOS

HOLMES (2001, p. 101), ressalta que é importante reconhecer que o indivíduo diagnosticado como sofrendo de esquizofrenia pode apresentar um conjunto de sintomas diferentes:

Pelo menos um dos sintomas presentes durante pelo menos um mês: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento altamente desorganizado, sintomas negativos como, por exemplo, humor não-modulado, falta de motivação, pobreza de fala, incapacidade de experimentar e prazer. O funcionamento em áreas de Trabalho, relações sociais e auto cuidado encontram-se marcadamente abaixo de níveis anteriores. Os sintomas persistem durante pelo menos 6 meses. Os sintomas não são decorrentes de um transtorno de humor maior (depressão, mania). Os sintomas não são decorrentes de abuso de substâncias medicamentosas.

O diagnóstico de esquizofrenia é estabelecido por exclusão. É fundamental observar que a esquizofrenia não implica em uma incapacidade de operar eficazmente fora de um hospital.

Segundo KAPLAN (1998, p. 99) três observações fundamentais sobre a esquizofrenia devem receber atenção.

O indivíduo, em primeiro lugar, tem um perfil psicológico individual, familiar e social único. O enfoque terapêutico deve ser voltado para o modo como aquele determinado paciente será ajudado pelo tratamento. Em segundo lugar, o fato da taxa de concordância para a esquizofrenia entre gêmeos monozigóticos ser de 50%, tem sido tomado por muitos investigadores como sugerindo a importância de fatores ambientais e psicológicos desconhecidos. Portanto, assim como agentes farmacológicos são usados para pressíveis desequilíbrios químicos, estratégias não-farmacológicas devem abordar questões não-biológicas. Em terceiro lugar, a esquizofrenia é um transtorno complexo, qualquer enfoque terapêutico isolado não é suficiente para uma abordagem satisfatória deste transtorno multifacetado.

3.8 TRATAMENTOS

Segundo KAPLAN (1998), três observações fundamentais sobre a esquizofrenia devem receber atenção.

O indivíduo, em primeiro lugar, tem um perfil psicológico individual, familiar e social único. O enfoque terapêutico deve ser voltado para o modo como aquele determinado paciente será ajudado pelo tratamento.

Em segundo lugar, o fato da taxa de concordância para a esquizofrenia entre gêmeos monozigóticos ser de 50%, tem sido tomado por muitos investigadores como sugerindo a importância de fatores ambientais e psicológicos desconhecidos. Portanto, assim como agentes farmacológicos são usados para pressíveis desequilíbrios químicos, estratégias não-farmacológicas devem abordar questões não-biológicas. Em terceiro lugar, a esquizofrenia é um transtorno complexo, qualquer enfoque terapêutico isolado não é suficiente para uma abordagem satisfatória deste transtorno multifacetado.

Embora os medicamentos antipsicóticos sejam o eixo do tratamento, pesquisas têm mostrado que as intervenções psicossociais devem ser criteriosamente integradas ao tratamento medicamentoso e apoiá-lo. A maioria dos pacientes beneficia-se do uso combinado de tratamento medicamentoso e psicossocial.

CAPITULO IV

ARTE-TERAPIA COMO FORMA DE TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

4.1 ARTE-TERAPIA

4.1.1 HISTÓRICO, DEFINIÇÃO E OBJETIVO

Historicamente a arte tem sido um canal de expressão da emoção e da alma. Desde os primórdios, o homem faz uso da arte para materializar elementos do seu universo psíquico. A arte é um produto de uma necessidade de expressar, de configurar e trazer para o nível concreto, imagens internas repletas de energia psíquica. A arte também se apresenta como uma possibilidade de organização emocional, intelectual e espiritual da personalidade do homem.

Segundo GARDNER (1997, p. 72):

A arte pode ser um recurso poderoso, capaz de mobilizar a totalidade do ser de uma pessoa, pois envolve os níveis sensório-motor, emocional, cognitivo e intuitivo do funcionamento. Na arte, há uma mobilização de energia e emoção que ocorre na ação, onde a consciência se forma no próprio processo desta ação. Quando o nível sensório-motor é ativado ocorrem percepções e transformações.

Segundo, JUNG (1985, p. 55):

A arte tem finalidade curativa. A energia psíquica transforma-se numa imagem que, através de símbolos, vai configurando-se, surgindo conteúdos internos profundos. Assim como os sonhos, as produções artísticas e expressivas sinalizam conteúdos que naquele momento estão precisando vir à tona naturalmente através do fluxo das imagens do inconsciente. A dinâmica do processo psíquico se dá por meio de imagens simbólicas. O símbolo é o mecanismo psicológico que transforma a energia psíquica em uma forma carregada de significados e emoções para o sujeito.

Com a arte, segundo JUNG (1985), o homem almeja desenvolver o seu dom de criar, manifestando na sua própria criação artística seu sentimento em relação a si próprio e ao mundo. Por ser a linguagem que tem mais simbolismo, a arte é representação e criação; é o impulso que o homem tem de formar e criar o que ainda está em seu imaginário. O simbolismo contido na arte funciona como um veículo de expressão de valores significativos de sua vida.

Em arte-terapia não nos preocupamos com o valor estético, nem em ensinar conhecimentos teóricos sofisticados com a finalidade de aprimorar a estética. A

expressão artística revela a interioridade do indivíduo; fala do modo de ser, e de como este se relaciona com o mundo.

4.2 QUANTO AO TERAPÊUTA E O ESQUIZOFRENICO

A terapia tem como principal objetivo o cuidar, o servir e mediar à relação entre os homens e os deuses. Podemos dizer que existe um ponto de encontro nessa junção “arte-terapia” que, segundo Maria Margarida Carvalho, apud SERRÃO e BALEEIRO (1999), uma potencializa a outra e que o objetivo primordial da utilização da atividade artística é o favorecimento do processo terapêutico.

Ao profissional cabe o papel de escutar, procurando não interpretar, e interferir o menos possível. Porém, sempre estimulando o paciente a entrar em contato com a sua obra artística, pois ela é a representação de seus conteúdos internos. O profissional deverá, junto a seu cliente, contextualizar o significado do símbolo, considerando os aspectos dinâmicos pertinentes à singularidade do seu cliente.

Cabe ao profissional estabelecer conexões entre as imagens e a situação emocional do indivíduo, decifrando as imagens simbólicas que tomam forma na obra de arte, trazendo luz às significações, pois quando a imagem se configura, também a significação torna-se clara.

O setting (espaço) terapêutico funciona como um ambiente seguro, onde a pessoa - através de técnicas artísticas configura imagens internas.

4.3 MATERIAIS E TÉCNICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO

PINTURA * DESENHO * COLAGEM * ESCULTURA DRAMATIZAÇÃO * CANTO * MÚSICA * DANÇA * EXPRESSÃO
--

Todos esses recursos artísticos e expressivos, segundo CIORNAI (2004)²⁶ são utilizados com a finalidade de estimular o paciente a se expressar livremente, dando asas à sua imaginação e à sua criatividade. Pois será por intermédio dessas atividades, que o cliente manifestará seus sentimentos, pensamentos, desejos, fantasias e emoções. Descobrendo aspectos de sua personalidade, que antes eram desconhecidos, e graças a estes recursos artísticos, o indivíduo consegue dar forma ao que antes estava no inconsciente.

No trabalho com arte-terapia alguns profissionais vêm incluindo técnicas de relaxamento, meditação e visualização criativa com o objetivo de proporcionar ao indivíduo um estado de interiorização e centramento, rebaixando assim a censura do ego.

4.4 ARTE-TERAPIA NAS ABORDAGENS

A arte-terapia de abordagem junguiana trabalha no sentido de facilitar a expressão e elaboração dessas imagens arquetípicas que, embora contenham conteúdos simbólicos, devem ser contextualizadas à situação de vida do indivíduo, considerando suas percepções pessoais e a história de vida da pessoa.

Para JUNG (1981, p. 21), mandala é o centro, é o expoente de todos os caminhos. É o caminho para o centro, para a individuação. Associava a mandala (com) o self – o centro ordenador da personalidade – e descobriu que a mandala realmente é formação e transformação - eterna criação da mente. A arte-terapia gestáltica trabalha com o nível do fazer, executar uma produção artística e com o nível de refletir a respeito dessa produção executada.

Natalie Rogers (1983, p. 02), combina o processo psicoterapêutico centrado na pessoa com o uso de formas de expressão artística. Ela considera que o terapeuta expressivo combina movimento, arte, trabalho corporal, sons, escrita, dramatização, comunicação verbal e não-verbal, para facilitar o autoconhecimento, a auto-expressão e a criatividade. Este processo integrador utiliza habilidades intuitivas tanto quanto processos de pensamento lógico linear. Envolve a mente, o corpo, as emoções e o espírito.

A fonte de maior parte de nossa criatividade vem do inconsciente, de nossos sentimentos e intuições. O inconsciente é o nosso poço profundo. Muitos de nós²⁷ pusemos uma tampa sobre este poço. Reprimimos o amor, o ódio, o medo, a mágoa, a alegria e emoções que podem ser canalizadas em fatos criativos como dançam música, arte plástica ou poesia.

A terapia expressiva ajuda as pessoas a abrirem o hemisfério direito do seu cérebro, que é a parte que permite sermos intuitivos, holísticos, emocionais e subjetivos.

4.5 ESTUDO DAS PROPRIEDADES EM VALOR TERAPÊUTICO DOS MATERIAIS ARTÍSTICOS

Como em arte-terapia a linguagem verbal é minimizada, priorizando-se a não-verbal, através da expressão e do fazer artístico expressivo, a escolha dos materiais a serem utilizados durante uma sessão é importante, sendo necessário um cuidado do arteterapeuta nesse momento.

Os tipos de materiais que usamos tornam-se parte integrante do processo artístico. O tipo de material escolhido contribui para que a mensagem visual se complete. Cada pessoa se sentirá mais identificada com um ou outro material, apresentando certa resistência ou não, e empatizando com outros. Ela vai descobrindo a partir da experiência artística com diversos materiais, quais se tornam mais apropriados e de mais fácil utilização, sentindo-se mais confortável com o tipo de material.

A escolha de um determinado material por uma pessoa torna-se um dado importante para o arteterapeuta, principalmente se no meio de tantas opções ela freqüentemente escolhe só um deles, pois isto pode estar indicando uma identificação, como também uma habilidade maior com este material. Por outro lado, podendo indicar um receio em arriscar-se com outros, além de resistência e necessidade de controle. Cada material deverá mobilizar os conflitos já existentes no indivíduo, trazendo-os à tona para uma nova organização.

No trabalho com arte-terapia percebemos que um determinado material mobiliza mais facilmente aquele indivíduo, porque através de suas qualidades

peculiares, acessa mais rápido o seu inconsciente. Notamos que, de acordo com a dificuldade que a pessoa esteja apresentando no momento ou a partir da²⁸ características comportamentais daquela pessoa, ela responderá melhor à determinado material, expressando-se como se sente no momento, projetando conflitos, emoções, sentimentos e desejos.

Para NOVAES, (1980, p. 68):

Quando se escolhe usar um tipo de material, é importante observar suas propriedades terapêuticas, pois neste fazer artístico está se proporcionando um tipo de experiência psíquica equivalente, ou seja, ao realizar a atividade plástica, criando formas externas, transformando o material plástico em configurações, que correspondem às imagens anteriores, refletindo o que está acontecendo na vida da pessoa naquele momento.

A escolha de um tipo de material pela própria pessoa ou sugerido pelo arteterapeuta vai auxiliar no despertar da sensorialidade, refinando a sensibilidade e a percepção, além da possibilidade de materializar a partir do uso das mãos, onde implicitamente está a qualidade do nosso querer, da nossa ação, do nosso fazer. Neste processo o indivíduo é beneficiado de várias maneiras, dentre elas na possibilidade de transformação emocional, como também no resgate da idéia de que é capaz de produzir algo com suas próprias mãos. Pode sim, materializar, concretizar, transformar, por exemplo, sucatas e esculturas ou objetos. Ou seja, a partir de sucatas que iriam para o lixo, transformar em algo novo, que expressa à própria singularidade de quem fez e suas potencialidades anteriormente adormecidas.

Na diversidade de materiais e atividades, encontram-se alguns com características expansivas, ajudando na liberação de conteúdos inconscientes. Devendo ser utilizados no início do processo arteterapêutico, com a finalidade de deixar o indivíduo mais à vontade, permitindo-lhe expressar-se de forma mais espontânea e lúdica. As atividades mais propícias para esta fase do processo são técnicas que possam propiciar prazer, relaxamento e leveza.

Em outros momentos ao longo do processo, existe a necessidade de oferecer à pessoa materiais que direcionem mais e possam trabalhar melhor a organização e a estrutura, sendo oferecidos nestes casos, atividades com fios, desenhos, mandalas e colagens. É necessário ao arteterapeuta estabelecer um conhecimento teórico e prático desses materiais, com a finalidade de poder associar

características dos mesmos aos conteúdos psicológicos dos indivíduos, onde cada situação é singular e original.

Realçamos a importância de o arteterapeuta vivenciar cada atividade e cada material, permitindo-lhe chegar às suas próprias conclusões a respeito dos materiais²⁹ diversos materiais. Assim como descobrindo o que cada um deles pode suscitar em termos de sensações, sentimentos, percepções, emoções, como também descobrir a capacidade mobilizadora dos mesmos.

4.5.1 MATERIAIS UTILIZADOS NA TERAPIA EXPRESSIVA

 Papéis	 Tambores	 Maquilagem
 Tintas	 Chocalhos	 Espelho de parede
 Hidrocor	 Sinos	 Fantasias (xales,
 Giz de cera	 Pratos	chapéus, pedaços de
 Lápis	 Triângulos	tecidos, bijuterias antigas,
 Argila	 Flauta	quimonos, bengalas,
 Material para colagem	 Blocos de madeira	guarda-chuva, jaquetas,
com revistas e tecidos		mascaras.

NOVAES, (1980, p. 79)

4.6 TÉCNICAS UTILIZADAS NA TERAPIA EXPRESSIVA

4.6.1 MOVIMENTOS

É importante, segundo Natalie Rogers (1983), aprender a fazer uma linguagem dos movimentos. Exercitar e tomar consciência de qual é o movimento quando a pessoa está alegre, zangada ou triste.

A partir da expressão corporal de como o indivíduo está se sentindo, o mesmo vai soltando essas emoções, as quais ficaram registradas e congeladas no seu corpo por tantos anos. O corpo e a psique são uma totalidade, e a condição física é análoga à condição psicológica. A comunicação não-verbal revela como é o indivíduo, mesmo que suas palavras digam outra coisa.

4.6.2 ESCRITA

Natalie Rogers (1983), utiliza a escrita livre pedindo para as pessoas escreverem sem pensarem o que estão sentindo. O movimento e a arte plástica aumentam o ritmo e liberam a expressão, aumentando a criatividade para a redação30

4.6.3 MÚSICA

Para Natalie Rogers (1983), o som – música – é importante para acordar partes e sentimentos adormecidos nas pessoas. Expressar sons primitivos, sons que comunicam emoções e sentimentos genuínos – únicos de cada indivíduo – é muito terapêutico, pois o som quando é emitido espontaneamente, é visceral, carregado de emoções e sentimentos e repleto de mensagens internas.

4.6.4 IMPROVISACÃO

Maquilagem, perucas, fantasias, objetos que possam ser utilizados devem estar disponível para compor a personagem que a pessoa gostaria de ser. Surgem vários tipos de figuras arquetípicas (a prostituta, o ladrão, o rei, a rainha, o diabo, o papa, o velho sábio, a menininha, o lobo feroz, a virgem).

A psicóloga gestalista e arte terapeuta Selma Ciornai (2004, p. 45), escreve:

Concebo saúde como ligada à criatividade, à processos curativos na vida, à visão de homem como um ser-em-relação, ser-no-mundo, cuja natureza peculiar é ser criador [...]. Ao constatar o mundo que o rodeia, o indivíduo é convidado pela vida continuamente a viver o novo, a fazer novas escolhas, tomar decisões, adentrar mistérios, caminhos desconhecidos, estabelecer novas relações e descortinar novos horizontes. É convidado continuamente a transcender suas próprias experiências e limites prévios.

4.7 CRIATIVIDADE

Criatividade é algo que nasceu; veio ao mundo; algo que não existia, que ganhou forma. A criatividade é um potencial inerente ao homem, necessitando esse potencial ser realizado, expresso. Os processos criativos não se restringem somente à arte. O ato da criação envolve um agir integrado com a vida humana. Oportuniza ao indivíduo um maior ganho de percepção, de consciência e expansão interior, como também proporciona maior contato com a sua própria sensibilidade, oferecendo-lhe condições de auto-descoberta e de ser mais espontâneo na vida.

A criatividade, para a Gestalt in TELLEGEN (1984), está intrinsecamente conectada com os processos de vida; e a habilidade de expressão, através de diferentes linguagens verbais ou não-verbais, é um potencial encontrado em todos os seres humanos. Trazer a criatividade para o cotidiano do paciente, estimulando-a nas suas atividades diárias, além de promover organização interna e equilíbrio, proporciona paz e bem estar, advindas da harmonia que foi estabelecida internamente.

4.8 SÍMBOLOS

O símbolo, segundo WITHMONT (2000), tem sempre significado em aberto e diferente para cada pessoa. Ao olhar uma imagem, o indivíduo sente uma emoção porque o símbolo é dinâmico; ele contém em si uma dinâmica que possibilita despertar emoções nas pessoas. Por toda parte no mundo e em todas as épocas, o homem foi deixando suas marcas sob a forma de desenhos nas rochas, nas esculturas, pinturas... A arte teve sua origem nos primórdios da humanidade.

Precisamos permitir que as imagens falassem nos comuniquem algo, e que possamos compreender que elas sempre nos indicam alguma coisa; decifrar as suas mensagens é de grande importância para a saúde psíquica e o processo de autoconhecimento. Lembremos de que o imaginário é anterior à razão.

De acordo com WITHMONT (2000), o ser humano, primeiro organiza o universo a nível imaginário (emoção, sentimento); depois ele pensa, raciocina. A imaginação é um processo. O imaginário é o seu produto.

4.9 FORMA

Tudo neste mundo se compõe de matéria e forma. Toda atividade se realiza através da forma e visa a perfeição que é a natureza do Criador. Forma é a configuração visível do conteúdo.

Para SILVEIRA (1992, p. 45), as formas compõem-se de linhas e cores. As características de uma linha refletem a tensão muscular do nosso corpo. Quando estamos dominados pelas emoções, esta tensão aumenta. Em consequência, colocamos maior pressão ao traçar linhas, tornando-as fortes. Ao contrário, quando nos sentimos cansados, com pouca vitalidade ou deprimidos, traçamos linhas fracas e apagadas. A maneira do nosso traçado vai originar a forma.

DERDYK (1989, p. 66), defende que a:

A forma é a estrutura e a ordenação de algum conteúdo, de alguma coisa. Ao fazermos qualquer coisa, estamos criando uma forma. A forma é delimitada porque é a configuração de um conteúdo, ela contém e ordena conteúdos. É a maneira como se configura fenômenos num contexto.

Encontramos formas em tudo no universo, a natureza é constituída de formas. O conteúdo que será apresentado através da forma depende do que o indivíduo esteja experimentando no momento de sua vida.

A forma nasce de uma necessidade interior de manifestação de conteúdos. As formas escolhidas têm uma ressonância interior, ou seja, elas se organizam com o intuito de expressar o conteúdo interior de maneira eficaz.

Para KANDINSKY (2000, p. 75) não é a forma (matéria) que é o elemento essencial, mas o conteúdo (espírito), que mais exprime e comunica um trabalho artístico.

O espírito de cada artista se reflete na forma. A forma traz o selo da personalidade [...] Porque toda obra nasce de uma emoção que no artista se traduz em sentimento. É nesse sentimento que o impele a criar. Uma vez criada a obra, isto é, uma vez posta em forma à emoção; fixada num suporte material, ela provoca no espectador um sentimento que lhe permite encontrar o conteúdo da obra, a emoção puramente espiritual. A obra é, assim, a forma material exterior que permite a comunicação do conteúdo, imaterial, a linguagem de alma para alma que fala de emoção.

Para o historiador de arte Wilhelm Worringer (1992, p. 82), a produção artística move-se entre dois pólos: a necessidade de empatia e a necessidade de abstração. Quando o indivíduo lida de forma satisfatória com o mundo externo, ele tenderá a enfatizar o mundo real e materializar sua experiência plasticamente, de forma figurativa.

A respeito das idéias de WORRINGER, JUNG (1988), esclareceu que a escolha a enfatizar ou abstrair correlaciona-se com as atitudes de introversão e de extroversão. Empatia e abstração são necessárias para a apreciação do objeto e para a criação estética.. A forma abstrata, segundo KANDINSKY (2000), é mais ampla, mais livre que a forma figurativa, como também seu conteúdo é mais rico.

4.10 DESENHO

Segundo CAVALCANTI (2000, p. 17):

O desenho é um reflexo da personalidade de seu autor e expressa aspectos objetivos e cognitivos da personalidade, além de aspectos emocionais e afetivos. A pessoa, ao desenhar, combina traços, reúne formas, cores e representa símbolos através das imagens que estão configuradas no papel.

Com o desenho trabalha-se a coordenação motora fina, porque está se trabalhando com o traço. O manuseio do lápis envolve muito o controle, mas não só o controle global, mas principalmente o intelectual.

O desenho utilizado na psicoterapia apresenta-se como elemento mediador, como forma de expressão e comunicação, como também parte do processo que estimula o indivíduo a comunicar seus temores, fantasias, desejos e angústias.

Para desenhar é necessário ver, aprender a olhar as coisas e processar as informações visuais. No desenho pode-se utilizar giz de cera, pastel a óleo, pastel seco, lápis de cor, hidrocor, carvão, lápis grafite, porém todos esses tipos de materiais têm significados terapêuticos semelhantes.

4.11 PINTURA

A pintura, pelo caráter fluido da tinta e pelo uso das cores, segundo CAVALCANTI (2000), proporciona ao indivíduo uma maior fluidez das emoções e dos sentimentos, o que lhe confere grande valor na expansão da sensibilidade e da afetividade. Com tintas, o paciente expressa mais facilmente sentimentos e emoções porque o próprio ato de pintar lembra muito o fluxo da respiração. O movimento das pinceladas de ir e vir lembra a inspiração e expiração, mobilizando estados emocionais.

Os tipos de tintas que geralmente utilizamos em arte-terapia são: guache, aquarela, óleo, acrílica e nanquim. Podendo-se utilizar pincel, pena (nanquim), ou a própria pintura a dedo – que é uma forma mais primitiva e instintiva, em contato direto com o material. Nesse tipo de pintura trabalha-se muito, segundo CAVALCANTI (2000), com as impressões táteis, cinestésicas, sendo ótimo para crianças com problemas de desenvolvimento psicomotor. Estimula o senso rítmico, como também permite um maior extravasamento das emoções.

4.12 MODELAGEM

O efeito da modelagem, NACHMANOVITCH (1993), afirma que ela atua no campo físico, exigindo uma canalização adequada de energia. Nessa atividade, se parte do nada para criar uma formação que pode ser tocada, porque é concreta. Modelar envolve a participação ativa em experiências sensoriais-táteis-motoras³⁴ envolve a manipulação e movimento concreto. Ao amassar e mudar, a pessoa impelida pela plasticidade do material vai dando forma a imagens, que emergem do seu inconsciente.

4.13 ESCULTURA

Para, NACHMANOVITCH, (1993, p. 112):

Na escultura, terapeuticamente, trabalha-se com o deixar sair o que não tem mais valia; deixar aparecer o que é real, verdadeiro e essencial, perdendo os excessos (o que escondo dentro de mim). Neste processo não se deixa de trabalhar com os arquétipos da sombra, persona e Self, pois ao retirar camadas da pedra (persona), vai surgindo o que estava escondido (sombra), para então surgir o verdadeiro (self). Lembra o processo de retirar máscaras para deixar o natural, o essencial surgir, permitindo-se mostrar e aparecer, retirar o velho; cair os véus; despir-se.

4.14 COLAGEM

A colagem, segundo HAUSER (1989), é uma técnica utilizada por cima de uma superfície plana, que pode ser no papel, cartolina, compensado, etc. Por cima dessa superfície, colam-se pedaços de diversos tipos de materiais como: recortes de revistas, jornais, pedaços de papéis coloridos, serragem, cortiça, purpurina, tecidos, etc.

A colagem, segundo HAUSER (1989), pode ser utilizada como experiência sensorial e também como manifestação emocional. Além de também trabalhar questões relacionadas à esfera intelectual e cognitiva, pois a partir de um tema dirigido ou de livre escolha a pessoa vai procurar nas revistas e demais materiais idéias que possam expressar e comunicar seus sentimentos, emoções e idéias em relação ao tema. Planejamento, direcionamento e atenção estão sendo estimulados pelo indivíduo ao fazer esse trabalho artístico. Além de também estar trabalhando com a expressão e com a comunicação. O trabalho com colagem, segundo HAUSER, (1989) permite:

- Aprimorar o sentido do tato;
- Sensibilizar para a percepção de diversas texturas dos materiais usados;
- Oferecer recursos para o exercício da composição;
- Despertar para o estabelecimento das relações: parte e todo;
- Melhorar o controle dos movimentos;
- Incentivar o fazer, observando o espaço disponível para situar as formas recortadas;
- Estimular a coordenação motora;
- Propiciar o raciocínio e a organização espacial;
- Trabalhar a paciência e a persistência.

Para HAUSER (1989), é um recurso, em que o indivíduo planeja, faz escolhas, cria, elabora, constrói algo e expressa uma idéia, um sentimento, uma situação e um desejo. O trabalho com colagem é ótimo para os portadores de esquizofrenia que estejam passando por processo de desintegração, pessoas que se sentem desmontando, como se o mundo estivesse despencando em cima delas. Para indivíduos fragmentados, divididos e confusos, pois a atitude de colar pedaços simboliza o colar e remendar-se por dentro.

Quando uma pessoa está vivendo o caos internamente e também na sua vida externa, conforme afirma HAUSER, (1989), devem-se oferecer trabalhos com colagem, pois é uma ótima oportunidade para escolher, discernir, selecionar, jogar fora, fazer opções, planejar, organizar, construir e concluir, proporcionando uma sensação de ter conseguido sair do caos, arrumar-se e reconstruir sua vida.

A colagem feita com papel rasgado sem a utilização de tesoura, segundo HAUSER, (1989), é um ótimo recurso catártico, para ser aplicado em pessoas muito controladoras, rígidas, exigentes com elas próprias e com os outros; perfeccionistas, críticas, pois exige uma postura de abrir mão do controle e aceitar o resultado que conseguir através das suas mãos. Também utilizado como um recurso de canalização da agressividade. Primeiro expressando a raiva, através do rasgar papéis, em seguida escolhendo o que quer e deixando para trás o que não serve mais, redimensionando, dando um novo direcionamento.

4.15 SUCATA

Geralmente chamamos de sucata aquele material que aparentemente não tem mais utilidade e que seria desprezado e jogado no lixo. É aquele material³⁶ descartado pela sociedade.

Trabalhamos com sucata por ser um material econômico. Em algumas situações por ser o único tipo de matéria-prima disponível, por possuir uma qualidade ecológica, pela capacidade de demonstrar o valor e o encanto das pequenas coisas, e principalmente pela possibilidade de transformação que ela nos traz, como também por ser um desafio a nossa criatividade.

Em arte-terapia, utilizamos com maior frequência materiais artísticos industrializados e de valor monetário alto. A sucata surge como um material de fácil aquisição devido a seu baixo ou nenhum custo, favorecendo a efetivação de projetos sociais em comunidades carentes.

Trabalhar com sucata estimula a imaginação e a criatividade, podendo transformar algo que iria para o lixo em algo novo. Emocionalmente em desfazer-se do velho, transformando-se em novas formas de ver o mundo e de viver. A sucata traz em si o elemento de transformação. É o caos que se apresenta com a possibilidade de ser ordenado, reorganizado e a partir daí se construir algo novo.

Segundo Marina Machado (1994), o lixo reutilizado e recriado carrega também uma mensagem psicologicamente construtiva. Pois, de maneira simbólica ou por analogia, poderemos lidar internamente com o nosso lixo também, usando as partes que não nos agradam para dizer coisas, para fazer e para ser mais integralmente. Para as crianças, isso se dá de maneira menos pesada, mais inconscientemente, e num movimento lúdico no qual a sucata é um nada que pode vir a ser tudo.

Neste pensamento de Marina, escrito no seu livro *“O Brinquedo – Sucata e a Criança”*, ela nos lembra de um grande potencial terapêutico da sucata, que ao estarmos em contato com materiais desprezados que iriam para o lixo, nos remetemos aos nossos lixos internos, aos nossos aspectos negativos, desagradáveis negados por nós mesmos e não aceitos pelos outros. Ou seja, nos

remete às nossas sombras, aos aspectos psicológicos não aceitos. Ao nos conectarmos com tais aspectos, podemos ter a oportunidade de enxergá-los melhor, de percebê-los, de confrontarmos e integrá-los a nós. Este é o confronto com a sombra – um dos primeiros passos a seguir rumo à integração de nossas partes para alcançarmos à totalidade.

A sucata é um dos materiais propícios a esse tipo de confronto e reflexão, lembrando-nos que temos dentro de nós aspectos positivos e negativos, e que não³⁷ adianta nada negar os negativos, pois eles continuam dentro de nós, repercutindo em nossas atitudes e comportamentos. Parece-me que o trabalho artístico com a sucata nos possibilita este encontro; oportuniza o movimento de transformação e lembrando-nos também de que tudo pode ser transformado e recriado interna e externamente.

São inúmeras as maneiras de se buscar a sucata; uma delas é ficar atento à sucata que exista em nossas casas, sendo inclusive uma boa chance de tirarmos do armário objetos de que já não precisamos mais. Esta atitude também traz em si um valor terapêutico, que é a necessidade de nos esvaziarmos, de nos desapegarmos de objetos que não têm mais utilidade e função para nós.

O trabalho com a sucata exige o desenvolvimento da coordenação motora, pois lidamos com diferentes materiais. Também necessitamos de atenção, planejamento, percepção da relação objeto/espço. Com a sucata pode-se trabalhar com temas livres ou dirigidos.

4.16 TECELAGEM - FIOS

Quando começamos a desenrolar o novelo da história dos fios, segundo ALLESSANDRINI (2002), podemos perceber que desde as mais remotas etapas do desenvolvimento da espécie humana, o fio vem fazendo parte dessa história.

Sendo assim, essa arte de tramar com fios vêm nos acompanhando por milênios. Acredita-se que o primeiro uso do fio coube aos nossos ancestrais que habitavam nas cavernas, juntando pedaços das peles dos animais mortos nas caçadas, com a finalidade de produzir algo que viesse protegê-los das intempéries do clima. Desde então a arte de trabalhar com fios passou a ser uma atividade

exercida pelos componentes da família, pois a vestimenta era confeccionada por eles.

Para ALLESSANDRINI (2002) o trabalho manual é de grande valia, desenvolvendo aptidões e capacidades, tais como: atenção concentrada; memorização; coordenação motora; introspecção; percepção espacial; paciência.

38

4.17 ARTE-TERAPIA COMO FORMA DE TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

A arte-terapia como forma de tratamento da esquizofrenia, segundo LOWENFELD e BRITAIN (1977), é um método que pode ser empregado em atividades extras como em, oficinas de desenvolvimento da criatividade e em atelier terapêutico.

Em cada um desses contextos esse método é utilizado a partir dos objetivos e características do trabalho. Em alguns desses contextos, como por exemplo, na psicoterapia, os conteúdos acessados na atividade artística serão trabalhados profundamente, através do fazer artístico e da elaboração do material interno que foi configurado, o indivíduo tem a chance de organizar-se internamente, propiciando uma ordenação psíquica, assim como uma oportunidade de confronto e organização de conflitos.

A escolha dos materiais e das técnicas, segundo NOVAES (1980), ocorrerá a partir do contexto do trabalho e conseqüentemente dos objetivos de trabalho. Geralmente não há contra-indicação para a prática da arte-terapia com forma de tratamento da esquizofrenia, devendo-se observar a dinâmica psíquica e a capacidade de saúde física do indivíduo.

CONCLUSÃO

Desde os primórdios o homem faz uso da arte para materializar elementos do seu universo psíquico. Esta é produto de uma necessidade de expressar, de configurar e trazer para o nível concreto imagens internas repletas de energia psíquica.

A arte-terapia também se apresenta como uma possibilidade de organização emocional, intelectual e espiritual da personalidade do homem. Pode ser um recurso poderoso, capaz de mobilizar a totalidade do ser de uma pessoa, pois envolve os níveis sensório-motor, emocional, cognitivo e intuitivo do funcionamento.

Na arte-terapia há uma mobilização de energia e emoção que ocorrem na ação, onde a consciência se forma no próprio processo desta ação. Quando o nível sensório-motor é ativado, ocorrem percepções e transformações.

O espírito criativo está à disposição de qualquer pessoa que se disponha a ousar, a buscar novas formas de fazer e ser na vida, de melhorar sua vida, trazendo mais qualidade para o seu cotidiano.

Assim como os sonhos, as produções artísticas e expressivas sinalizam conteúdos, que naquele momento estão precisando vir à tona, naturalmente através do fluxo das imagens do inconsciente. Com a arte, o homem almeja desenvolver o seu dom de criar, manifestando na sua própria criação artística, seu sentimento em relação a si próprio e ao mundo.

A expressão artística revela a interioridade do indivíduo, fala do modo de ser e como este se relaciona com o meio.

Ser terapeuta significa cuidar, servir, mediar à relação entre os homens e os deuses, podemos dizer que existe um ponto de encontro nessa junção arte-terapia, onde uma potencializa a outra e que o objetivo primordial da utilização da atividade artística é o favorecimento do processo terapêutico.

Ao terapeuta cabe o papel de escutar, procurando não interpretar, e interferir o menos possível, porém sempre estimulando ao cliente entrar em contato com a sua obra artística, pois ela é a representação de seus conteúdos internos. O

terapeuta deverá junto a seu cliente, contextualizar o significado do símbolo⁴⁰ considerando os aspectos dinâmicos pertinentes à singularidade de cada ser.

O setting (espaço) terapêutico funciona como um ambiente seguro, onde a pessoa através de técnicas artísticas configura imagens internas.

Pintura, Desenho, Colagem, Escultura, Modelagem, Sucata, Dramatização, Canto, Música, Dança e Expressão são recursos utilizados com a finalidade de estimular o indivíduo a se expressar livremente, dando asas à sua imaginação e à sua criatividade, pois serão por intermédio dessas atividades que o cliente manifestará seus sentimentos, pensamentos, desejos, fantasias e emoções, descobrindo aspectos de sua personalidade, que antes eram desconhecidos, e graças a estes recursos artísticos, o indivíduo consegue dar forma ao que antes estava inconsciente.

No trabalho com arte-terapia, se faz necessário o uso de técnicas de relaxamento, meditação, visualização criativa e trabalhos corporais. Esses trabalhos têm como objetivo proporcionar ao indivíduo um estado de interiorização, centramento e rebaixamento da censura do ego.

REFERÊNCIAS

- ALLESSANDRINI, Cristina Dias. **Oficina criativa e psicopedagógica**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- ARNHEIM, Rudolf. **Arte e percepção visual, uma psicologia da visão criadora**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- BACHELARD, Gaston. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BARBOSA, Ana Mae e SALES, Heloísa M. **O ensino da arte e sua história**. São Paulo: MAC, 1990.
- BARBOSA, Ana Mae. **Arte-educação: conflitos/acertos**. São Paulo: Max Limonad, 1985.
- _____. **Arte educação no Brasil**. São Paulo: Perspectiva, 1986.
- BELLO, Susan. **Pintando sua alma**. Rio de Janeiro: Wak, 2003.
- BENNET, E. A. **O que Jung disse realmente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- BLEULER, Eugen: **Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien**. Leipzig und Wien: F. Deuticke 1911 Disponível www.esquizofrenia.org - Notícias sobre esquizofrenia. Acesso em 28 nov. 2011.
- BOURDIEU, Pierre. A. **O olhar em construção**. São Paulo: Cortez, 2001.
- BRANDÃO, C. R., ALLESSANDRINI, C. D., LIMA, E. P. **Criatividade e novas metodologias**. São Paulo: Peirópolis, 1998.
- BRANDÃO, Junito de S. **Mitologia grega**. Petrópolis: Vozes, 1986. v.1
- CAMPBELL, Joseph. **O herói de mil faces**. São Paulo: Pensamento, 1987.
- CARVALHO, M. M. **A arte cura?** Campinas: Editorial Psy II, 1995.
- CAVALCANTI, Zelia. **A arte na sala de aula**. Porto Alegre: Cortez, 2000.
- CIORNAI, Selma. **Percursos em arteterapia**. São Paulo: Summus, 2004.
- DAVIDOFF, L. **Introdução à psicologia**. São Paulo: Makron Books, 2001.
- DELACAMPAGNE, Christian. **A filosofia política hoje**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- DERDYK, Edith. **Formas de pensar o desenho, desenvolvimento do grafismo infantil**. São Paulo: Scipione, 1989.

DIECKMANN, Hans. **Contos de fada vividos**. São Paulo: Paulus, 1986.

DURAND, Gilbert. **Mito, símbolo e mitologia**. Lisboa: Presença, 1981.

_____. **A imaginação simbólica**. Trad. Carlos Aboim de Brito. Lisboa: Edições 70, 1995.

_____. **Imaginação simbólica**. São Paulo: Cultrix, Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

EDWARDS, B. **Desenhando com o lado direito do cérebro**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1984.

ESTRADA, Mauro Rodriguez. **Manual de criatividade**. São Paulo: IBRASA, 1992.

FEINSTEIN, David & KRIPPNER, Stanley. **Mitologia pessoal - a psicologia evolutiva do self**. São Paulo: Cultrix, 1992.

FERRAZ, M^a Heloísa C. de T. & FUSARI, M^a Felisminda de R. **Arte na educação escolar**. São Paulo: Cortez, 1993.

FINCHER, Suzanne F. O **Autoconhecimento através das mandalas**. São Paulo: Pensamento, 1994.

FINGER, J. A. O. **Terapia ocupacional**. São Paulo: Sarvier, 1986.

FRANZ, Marie-Louise Von. C. G. JUNG: **Seu mito em nossa época**. São Paulo: Cultrix, 1992.

FRAYZE-PEREIRA, J. **Olho d'água: arte e loucura em exposição**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 1995.

FREUD, Sigmund. **Leonardo Da Vinci e uma lembrança da sua infância**. IN: **Obras completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1970.

_____. **O Moisés de Michelangelo**. IN: **Obras completas**. Rio de Janeiro, Imago, 1970.

GARDNER, Howard. **As artes e o desenvolvimento humano**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.

GLAT, Shulamis. **Grupos de criatividade**. Rio de Janeiro: Art Bureau, 1998.

GOLEMAN, D.; KAUFMAN, P.; RAY, M. **O espírito criativo**. São Paulo: Cultrix, 1992.

GRINBERG, Luiz Paulo. **Jung: o homem criativo**. São Paulo: FTD, 1997. (Coleção Por outro lado).

GROF, S. **A aventura da autodescoberta**. São Paulo: Summus, 1997.

HALL, C. S. e NORDBY, V. J. **Introdução à psicologia jungiana**. São Paulo: Cultrix, 1973.

HAUSER, Ana. **A linguagem plástica do inconsciente**. Porto Alegre: Inédito, 1989.

HOMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.

JAVITT, D. C. & COYLE, J. T. Decifrando a esquizofrenia. **Scientific American**, Ano 2. p. 48-55, 2004.

JUNG, Carl Gustav. **O eu e o inconsciente**. Trad. Dora Ferreira da Silva. Petrópolis: Vozes, 1978.

_____. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

_____. **O desenvolvimento da personalidade**. Petrópolis: Vozes, 1988.

_____. **O espírito na arte e na ciência**. Petrópolis: Vozes, 1985.

_____. **Memórias, sonhos, reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

KANDINSKY, Vassily. **Do espiritual na arte**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B; GREEBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998

KNELLER, George F. **Arte e ciência da criatividade**. 11. ed. São Paulo: IBRASA, 1978.

KRAEPELIN, E.; ALBERTI, S. **Introdução**: melancolia excitação maníaca. Tradução, em co-autoria, dos clássicos textos de Kraepelin. São Paulo: Escuta, 1997.

LOWENFELD, Viktor e BRITAIN, W. L. **Desenvolvimento da capacidade criadora**. São Paulo: Mestre Jou, 1977.

LOUZA NETO, Mario Rodrigues. **Convivendo com a esquizofrenia um guia para portadores e familiares**. São Paulo: Prestigio, 2006

MACHADO, Marina Marcondes. **O brinquedo-sucata e a criança**. São Paulo: Loyola, 1994.

NACHMANOVITCH, Stephen. **Ser criativo - o poder da improvisação na vida e na arte**. São Paulo: Summus, 1993.

NOVAES, Maria Helena. **Psicologia da criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1980.

OSTROWER, Fayga. **Criatividade e processos de criação**. Petrópolis: Vozes, 1994.

PAIN, Sara e JARREAU, Gladys. **Teoria e técnica da arte-terapia** – a compreensão do sujeito. Porta Alegre: Artes médicas, 1996.

PEREIRA, Regina de C. C. **A espiral do símbolo: a arte como terapia**. Petrópolis: Vozes, 1976.

PERLS, F. S. **Gestalt-terapia explicada**. 7. ed. São Paulo: Summus, 1977.

POSTIC, Marcel. **O imaginário na relação pedagógica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

PEREIRA, Regina. São Paulo: Summus Editorial, 2000.

_____. **A coragem de criar**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

QUEIROZ, Gregório J.P. **Aspectos da musicalidade e da música de Paul Nordoff e as suas aplicações na prática clínica musicoterapêutica**. São Paulo: Apontamentos, 2003.

ROGERS, Natalie. **A conexão criativa**. Trabalho apresentado no I Fórum Internacional da Abordagem Centrada na Pessoa, México, 1983, p. 02.

RILEY, Shirley. **Arte-terapia para famílias**. São Paulo: Sammus, 1998.

SCHNEIDER, G. Suposto básico de dependência na psicoterapia de grupo. **J. Bras. Psiquit.**, p. 231-242, 1962

SEGAL, Hanna. **Sonho, fantasia e arte**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SERRÃO, Margarida e BALEEIRO, Maria Clarice. **Aprendendo a ser e conviver**. São Paulo: FTD, 1999.

SILVEIRA, Nise. **JUNG - Vida e obra**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Imagens do inconsciente**. São Paulo: Ática, 1992.

_____. **O mundo das Imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

SOUZA, Alcídio M. **Artes plásticas na escola**. Rio de Janeiro: Edições Bloch, 1969.

STERIAN, Alexandra. **Esquizofrenia**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001

STRICKLAND, Carol. **Arte comentada: da pré-história ao pós-moderno**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

SZASZ, T. **Esquizofrenia - o símbolo sagrado da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

TEIXEIRA, Elson A. **Aprendizagem e criatividade emocional**. São Paulo: Makron Books, 1998.

TELLEGEN, T. A. **Gestalt e grupos**: uma perspectiva sistêmica. São Paulo, Summus, 1984.

VALLEY FOX, Anne. **A jornada mítica de cada um**. Trad. Aníbal Mari. São Paulo: Cultrix, 1989.

VAZ, L. R.; SILVA, O. L. R. e ARAÚJO, R.P. **Terapia ocupacional – a paixão de imaginar com as mãos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

WITHMONT, Edward. **A busca do símbolo**: conceitos básicos de psicologia analítica. São Paulo: Cultrix, 2000.

WOOLGER, Jennifer Barker e WOOLGER Roger J. **A deusa interior**. Brasil: Cultix, 1989.

WORRINGER, Wilhelm. **A arte gótica**. Lisboa, Edições 70, 1992.

ZIEMER, Roberto. **Mitos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1996.