

# FALANDO DA CLÍNICA: RELATO DE UM PROCESSO TERAPÊUTICO.

Autora: Fabiana Perondini Salomão, Terapeuta Ocupacional  
Especialista em Saúde Mental pela Escola Paulista de Medicina.  
End.: Rua Prof. Luís Rosa n 22, ap.47  
Campinas - S.P. C.E.P. 13 020-260

## FALANDO DA CLÍNICA: RELATO DE UM PROCESSO TERAPÊUTICO

P. foi encaminhada para os atendimentos de Terapia Ocupacional, pois existia segundo o psiquiatra uma dificuldade de comunicação, o que dificultava o processo terapêutico.

Torna-se importante relatar alguns fatos da história de P.

Atualmente com vinte anos P. é a filha mais nova de uma prole de três (dois irmãos, um de 34 e outro de 30 anos). Foi adotada em 1974, porém nunca soube deste fato. Apresentou dificuldades em alimentar-se desde o seu nascimento, não aceitou mamadeira (era alimentada com colher) e teve dificuldades em aceitar alimentos sólidos.

Seu DNPM foi atrasado, chupou chupeta até os 4 anos, sentou-se aproximadamente com 9 meses, começou a andar com auxílio de botas ortopédicas com 2 anos e só deixa a ajuda das botas com 4 anos. Aos 5 anos apresenta uma crise convulsiva, e é tratada com remédios durante um curto período, a crise nunca mais se repetiu. Com essa idade começa o jardim da infância, porém brinca muito pouco com as outras crianças, sendo descrita pela mãe como uma garota "inibida". Entra na primeira série com 7 anos, repetindo várias vezes, estuda até os 16 anos terminado a quinta série. Teve apoio de uma professora particular durante todos esses anos.

Tem a primeira menarca aos 13 anos e seus ciclos menstruais sempre foram descontrolados. Consulta-se com um endocrinologista mas não apresenta alterações hormonais.

Em 1992, toma uma garrafa de pinga com AAS, ficando embriagada. Começa andar com algumas pessoas que fazem uso de drogas, chegando a experimentar maconha e crack. Torna-se agressiva com a família sendo internada duas vezes em Itapira. Atualmente faz acompanhamento clínico em um posto de saúde, seu diagnóstico é de Hebefrenia. Faz uso de fenergam e tegretol I.M.. Foi encaminhada para o PROAD devido ao seu breve envolvimento com drogas.

Apresenta uma relação bastante difícil com a família. Respeita muito seu irmão mais velho que assumiu o papel de "chefe da casa" desde que seu pai sofreu um A.V.C..

Não vai mais a escola, não gosta de ajudar a mãe nos serviços domésticos, não sai para passear, ficando o dia todo em casa assistindo televisão.

Após esta contextualização será descrito o processo terapêutico.

Acreditando que P. apresentava dificuldades em comunicar-se, foi sugerido que ela se apresentasse através de desenhos. Tais desenhos eram compostos basicamente de representação de situações. Enquanto desenhava relatava o que faz em casa, ressalta a diferença em sua vida após a internação, quando foi questionado o por quê da mudança,

P. diz apenas que tornou-se agressiva com os pais. Não foi questionada a respeito do envolvimento com drogas, o objetivo do atendimento foi de possibilitar um espaço acolhedor. Terminamos esse encontro com o jogo dos rabiscos, possibilitando um momento de descontração e de maior inter-relacionamento. Contra-transferencialmente a sensação foi de que P. precisava de "colo" e que, a possibilidade de comunicação existia.

Continuamos com os desenhos: situações tristes, felizes e sempre a ausência de pessoas. Quando questionada sobre o por quê P. coloca imediatamente minúsculas pessoas nos desenhos. Nas tristes, as pessoas estão em situações catastróficas (atropelamentos, afogamentos, assaltos, etc.), o que desperta o pensamento de que para P. qualquer sentimento de raiva ou tristeza podem ser vividos ou apresentados ao ambiente como situações de destruição e ruína.

Concomitantemente a essas atividades foram lhe ensinadas técnicas de modelagem em argila para que P. pudesse trabalhar em casa. A intenção era estimular a construção e dar possibilidades para que o seu dia deixasse de ser ocupado totalmente pelo devaneio. P. relata que constroe vários objetos, porém nunca os traz para os atendimentos.

Nessa época o avô de P. adoce e ela falta algumas vezes aos encontros.

Foi iniciada a construção de uma estória, aproveitando a capacidade de

por fantasias infantis (%A=56). A maneira como percebe este ambiente é bastante rígida, principalmente nas situações que envolvem mais diretamente a afetividade (%F coloridas = 92,3). Nota-se também uma grande susceptibilidade aos estímulos afetivos menos socializados (Imp=1,17). Uma grande susceptibilidade de um lado e rigidez e restrição por outro, sugere a existência de mecanismos defensivos atuando.

Um aspecto marcante do protocolo de G. que merece ser comentado é a parcialização das figuras humanas, que também poderia ser formulada como uma incapacidade de consideração do outro na sua totalidade e complexidade (H=0; p (-)=5). Fica também evidente a desvitalização do humano (prancha IV: "pode parecer um corpo e uma escultura. Agora só vejo a escultura."). Este tipo de dado nos faz pensar, com base na teoria das relações objetais, que G. tenha tido dificuldades com uma figura que pudesse ter sido usada como modelo, o que acaba por gerar problemas na percepção do outro, no aproveitamento dos relacionamentos

bem como no estabelecimento de uma identidade segura (M=0; m=1). Os vários elementos agressivos presentes no protocolo provavelmente contribuem para dar aos relacionamentos uma tonalidade ameaçadora.

Vários dados levam-nos a supor uma dificuldade no contato configurando um dilema em termos de proximidade, não-proximidade (na prancha IX vê vários bichos que depois diz monstros empilhados, justapostos, mas sem nenhuma relação).

De modo geral, vários elementos descritos parecem estar a serviço da evitação da integração e, conseqüentemente, da relação.

## CONCLUSÃO

No início do atendimento ficamos ambas impactadas pelo sofrimento do paciente que vinha se arrastando há tanto tempo. A sensação de impotência e a paralisia vivida por nós frente a difícil compreensão do quadro fez com que

nossa primeira atitude fosse de acolhê-lo junto com sua angústia e a ameaça do sintoma paranóide. Tal movimento permitiu o gradual alívio da tensão externa e o aparecimento de um sentimento de confiança em nós, resultando na formação de uma forte aliança. No atendimento de terapia ocupacional foi possível envolvê-lo em um projeto onde pôde exercer sua criatividade e a tolerância à frustração, melhorando sua auto-estima e desenvolvendo flexibilidade frente às novas situações. No atendimento clínico psiquiátrico foi possível uma intervenção no ambiente familiar trazendo às consultas seus familiares, permitindo uma importante troca de percepções entre eles, além do aporte medicamentoso. Após oito meses, percebemos que uma etapa do atendimento se completou quando ouvimos G. contar que esteve numa loja de roupas e apesar da insegurança que sentiu frente ao espelho, conseguiu comprar uma calça jeans. Notamos que ele passou a estabelecer um contato mais próximo com seus sentimentos e outras questões do seu dia a dia.