

*A –Tua –Ação da Terapia Ocupacional no Corpo Contido**

SONIA MARIA LEONARDI FERRARI

Resumo

A partir de conceitos resultantes da observação clínica de sujeitos acometidos de psicose e sua vivência corporal, o artigo propõe reflexões e estabelece procedimentos em terapia ocupacional dinâmica. O estudo de caso ilustra e demonstra os aportes teórico-técnicos.

Abstract

This paper presents some considerations and establishes procedures in dynamic occupational therapy based on the result of clinical observation of subjects with psychoses and their corporal life experience.

The study of case provides theoretical and technical contributions.

Palavras-chave

Corpo, psicose, terapia ocupacional dinâmica, relação triádica.

Keywords

Body, psychoses, dynamic occupational therapy, triadic relationship

* Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Porto Alegre, 2001.

Introdução

O corpo e a psicose

As distorções na imagem do corpo nas psicoses foram amplamente descritas por diferentes autores, principalmente por Gisela Pankow (1989) que se dedicou à proposição de um método de estruturação dinâmica da imagem do corpo.

Estas distorções são constatadas em nossa clínica ao nos depararmos com sujeitos que, em consequência de uma certa estruturação subjetiva, tanto subjetivamente e até mesmo concretamente, apresentam seus corpos marcados pelo não investimento e pela ausência de marcas constitutivas da possibilidade de se relacionarem afetivamente com outros corpos. Corpos não desejados, corpos sem desejo.

A vivência corporal que esses sujeitos podem relatar, algumas vezes em palavras, ou então demonstrar através das atividades, é que sentem seus corpos vazios, ou cheio de coisas ou de sensações que não conseguem identificar ou traduzir. Sentem seus corpos compostos de pedaços desarticulados, ou às vezes de um só pedaço. De pedaços que não se sentem, de outros muito sensíveis, doloridos, que mal podem ser tocados. Sujeitos que vivem como se seus corpos não tivessem contornos, sem a delimitação de um dentro e um fora, que desconhecem o funcionamento de seus corpos e, algumas vezes, não conseguem reconhecer sua imagem corporal. Sujeitos que, na tentativa de estabelecerem alguma relação interpessoal, vivem uma relação de fragmentos de si, com fragmentos de objetos, com fragmentos de corpos.

Esse intenso sofrimento expressa um mundo interno dilacerado, desorganizado, totalmente vulnerável ao que vem de fora. Um mundo interno atordoado e enclausurado nas vozes, nos delírios, na solidão e na ausência de sentido.

Segundo Gisela Pankow (1989), “o universo da psicose aparece como um universo fragmentado: cada fragmento é muitas vezes sentido como um mundo separado e que perdeu qualquer conexão interna com os outros fragmentos. Entre essas partes há apenas um vazio abissal, um nada... o esquizofrênico vive num mundo de restos, mas não tem a consciência de que são restos... o corpo não existe como entidade... na esquizofrenia encontramos o campo de ruínas de uma vida sem temporalidade”.

Peter Pelbart (2000) diz que “é preciso lembrar que o psicótico se encontra num esforço constante de construção e reconstrução (também do corpo) para fazer face à ruína, à catástrofe, ao desmoronamento cotidiano. Com uma mão se vê obrigado a sustentar erguida a cortina, e com a outra se movimentar no palco em que aparece, com o risco – pânico permanente de que a cortina desabe e encubra tudo”.

Quem quer que se candidate a tratar esses pacientes deve suportar as contingências transferenciais que a clínica das psicoses impõe. Os pacientes nos chegam com pedidos diversos, às vezes pouco reconhecíveis, em geral feito por outros. Pedidos no lugar de uma demanda. A transferência se apresenta desorganizada e dispersa, fazendo com que o exercer dessa clínica seja um desafio. O encontro com a subjetividade psicótica já é, por si só, cheio de percalços, e neste caso a relação se torna ainda mais difícil.

O trânsito por diferentes saberes, no acontecer do mundo, com a concretude da realidade externa e seus diferentes componentes, transformam-se em elemento de fundamental importância na constituição de algum campo de comunicação e de uma possível construção de sentido. Das antigas escrituras aos novos filósofos, das várias teorias sobre o corpo e a mente, às notícias da mídia, da queda da bolsa à queda das torres, passando pelo último capítulo da novela e os gols do campeonato, esses são alguns caminhos que podem ser trilhados para abrir alguma possibilidade de comunicação.

Mario Corso (2000) diz que para ser terapeuta de psicóticos não basta apenas suportar o encontro sempre difícil com a transferência do psicótico, é preciso possuir também “credencial de guia turístico pelas constelações dos saberes humanos.”

Segundo François Perrier (1958), a relação do psicótico com a linguagem e com a comunicação sempre foi reconhecida como profundamente original, mas que

não nos remete a qualquer transparência de seu inconsciente, uma vez que esta não está integrada na trama de um passado simbolizado. Alguns pacientes nem falam e todos nossos esforços são direcionados a incitá-los a alguma forma de expressão. Quaisquer que sejam os meios de aproximação utilizados é somente “a partir do momento em que tal palavra –chave é pronunciada, em que tal ou tal gesto adquire valor de comunicação, que se abre o primeiro capítulo do tratamento”.

Aportes gerais da Terapia Ocupacional Dinâmica

Partindo do pressuposto de que é de fato a dimensão da “historicidade” (Perrier, 1958) a grande falta de que esses pacientes sofrem, buscamos que sucessivos parágrafos constituintes de suas histórias subjetivas comecem a ser escritos na terapia ocupacional e com a terapeuta ocupacional. Assentada na concepção triádica, e propondo um constante trânsito pelos mundos interno e externo, é no método terapia ocupacional dinâmica que encontramos um dispositivo privilegiado para abrir e caminhar no espaço da historicidade.

O resgate ou a construção do espaço da historicidade, segundo Pelbart (2000), “só tem início quando se dá a junção unitária do corpo, alguma delimitação, ou personalização, caso contrário pode se ficar numa dimensão pseudo-integrativa”.

Para tal, é necessário nos colocarmos muito perto destes corpos contidos e cheios de vazios, emprestando-lhes nossos próprios corpos como referência para a construção de algum contorno possível.

O método terapia ocupacional dinâmica, com seu instrumental teórico-clínico, propõe então a construção e a significação das narrativas constituintes da história do sujeito sustentadas pelo desenvolvimento do olhar da terapeuta, qualificado pela curiosidade da investigação. A capacidade de observação e memorização do que foi visto ou observado no processo de realização de atividades, de forma a poder conectá-lo a um discurso verbal, a um produto final, a outros processos de realização de atividades, aos comportamentos e atitudes na relação que levaram ou são consequência dessa realização e por fim a conexão de todos esses dados para construir/reconstruir histórias. Tudo o que aí está é aquilo que sustenta a intervenção da terapeuta ocupacional. O olhar para os diversos e pequenos “detalhes do cotidiano”, para as diferentes “maneiras de fazer”, onde a proliferação de histórias, de formas, cores e texturas significadas na relação triádica,

compõem os retalhos que se transformarão num “patchwork” possível neste lento trabalho de remendos e cerzaduras do tecido que foi esgarçado.

Em todo este percurso, lembramos, há de haver sempre delicadeza e cautela no olhar que irá nortear nossas intervenções, que também devem carregar a marca do sensível, do cuidado, da espera para que aquilo que for próprio do paciente possa aparecer.

No estudo do setting da terapia ocupacional dinâmica, a terapeuta, as atividades e/ou o grupo tornam-se os representantes da realidade do mundo externo. A experiência nessa realidade deixará novas marcas no psiquismo do paciente, mas elas só poderão ser construtivas, ou com potencial de construção, se passarem a ter significado para o paciente.

Trabalhamos também com a realidade interna, abrindo espaços para que elaborações de fatos internos sejam o sustentáculo da experiência externa vivida na terapia ocupacional.

Sobre as duas dinâmicas (a da realização de atividades e a intrapsíquica) que sustentam o projeto de terapia ocupacional dinâmica estudado por nós, no CETO, constrói-se o dia a dia numa terapia de dinâmica triádica. Através de técnicas específicas de terapia ocupacional, de ensino e de realização de atividades, da compreensão e elaboração de experiências vividas, do sentido externo e social, e do significado interno do fazer, a composição histórica toma o espaço.

A meta final é a construção do cotidiano desses sujeitos que vivem um dia-a-dia interrompido, cortado ou estrangulado pela dor e pelo sofrimento psíquico.

“A Casa”

No Hospital-dia do Instituto “A Casa”, lugar onde venho primordialmente exercendo a clínica, trabalho em uma equipe que tem a interdisciplinaridade como sua marca de funcionamento. Entendemos a interdisciplinaridade como “um exercício de alteridade”, como o define Luciane Loss (2000), que tem por condição o encontro constante com outros quadros, clínicas, discursos, ou outros campos do saber. Esta equipe tem a psicanálise como teoria de base para a compreensão da subjetividade, e portanto tem a transferência como eixo coordenador da direção da cura, e o trabalho com grupos como dispositivo terapêutico de escolha, levando-se em conta a multiplicação de fenômenos e vivências que os grupos propiciam, a maior oferta transferencial; e a potência

terapêutica desse espaço criado. Assim, propomos uma “clínica de muitos”, referenciando-nos em Alkimin (2000), na qual a transferência fica ora localizada na instituição, ora nos dispositivos grupais, ora em um terapeuta (aquele que empresta seu corpo para que a transferência se ancore), ora em vários terapeutas a um só tempo.

O caso clínico

Partindo da concepção de *diagnóstico situacional* proposta por Benetton (1994), apresento o caso de Paulo, que chega a “Casa” com 17 anos, primeiro filho de um casal descendente de japoneses, com uma história de um surto recente, no qual tentou matar o irmãozinho por duas vezes, fugiu de casa, teve problemas na escola e foi ficando agressivo até fazer uma tentativa de suicídio.

Os pais relatam que Paulo teve uma infância difícil. Na gravidez a mãe sofre uma pré-eclampsia, mãe e filho correm risco de morte, a mãe ouve uma voz que lhe pergunta se ela aceitava ter um filho “atrasado”. Ela responde que sim. Paulo nasce, o pai diz que ele parecia uma múmia, a mãe não sabia como cuidar dele e pede ajuda à sogra. Aos dois meses tem febre e convulsões, sendo este o primeiro momento em que a mãe o pega no colo. Apresentou atraso na fala, crises alérgicas e aos 6 anos teve uma síndrome nefrótica, que durou até os 10 anos.

Demora a falar; sua mãe relata que quando saía com ele para brincar nas praças, e percebia que estranhavam o fato de ele não falar, dizia que ele não sabia falar português, só japonês.

Na escola vai apresentando problemas, principalmente com relação à linguagem. Faz tratamento fonoaudiológico, e só é aprovado nos exames escolares com muita ajuda da mãe nos estudos. Ela o ajudava a decorar as matérias, pois para isso Paulo sempre teve muita facilidade. Outra habilidade apresentada ao longo de sua infância estava relacionada à música, freqüentando durante muitos anos o conservatório musical e aprendendo a tocar teclado. Aos 16 anos, quando cursava o primeiro ano colegial, se apaixona por uma colega e ao descobrir que esta já tinha um namorado, entra em crise, bate na menina, tenta se jogar da janela da escola, e é expulso. Fica agressivo com o irmão e com o pai e tranca-se no quarto com a arma do pai.

Quando Paulo chegou a “Casa”, quase não falava. Mostrava-se muito regredido, vestia sempre um casaco com capuz, sob o qual escondia seu rosto, seu corpo. Não fazia

contato com ninguém. Nenhuma proximidade corporal era aceita e comportava-se de uma forma bastante estranha e agressiva no hospital-dia: entupia todos os banheiros com roupas que trazia de casa, preferencialmente de seu pai.

Todo nosso trabalho inicial foi o de proporcionar o acolhimento e alguns limites necessários para a constituição de um campo de confiança, no qual ele lentamente pudesse ir aceitando alguma aproximação, na tentativa de estabelecer novos vínculos, marcando outras referências.

Nos grupos de psicoterapia e nos atendimentos familiares Paulo pouco falava, pouco participava das conversas, detendo-se em alguma palavra que era pronunciada por alguém na tentativa de saber seu significado. Não conseguia produzir qualquer entendimento sobre o que acontecia à sua volta. Durante muito tempo precisou ser trazido e levado pelos pais ao H.D. (mora em outra cidade).

Na terapia ocupacional Paulo se isolava, sentava-se num canto da sala, limitando-se a escrever inúmeras listas de nomes de pessoas, datas de nascimento, idades de diferentes pessoas da família, como dos personagens de seus delírios. Dizia não ser filho de seus pais, mas da Xuxa e do Xerifão. Constantemente falava, através dessas listas, de suas produções delirantes relacionadas à sua origem, sua data de morte e de renascimento em outra encarnação, quando iria nascer brasileiro, ou então japonês. Essas listas eram intocáveis, as guardava em sua mochila. Se alguma ficava em sua pasta na sala de terapia ocupacional imediatamente a rasgava, assim como jogou fora inúmeras de suas atividades ali realizadas. Todas as nossas tentativas, nos primeiros longos tempos, de introduzir qualquer outra atividade era rechaçada por Paulo.

Tentávamos escrever histórias com os personagens de suas listas, ou então construir árvores genealógicas, atividades em que ele participava com muito investimento, mas, que em seguida, eram jogadas fora. Na verdade, jogava fora todas as provas de que podia fazer algo diferente, que poderia acrescentar algum sentido às suas eternas repetições. Com o constante investimento dos terapeutas, estas listas aos poucos iam se ampliando, e os terapeutas passaram a ser incluídos nelas. Ele começa, então, a se aproximar de nós através do pedido incessante de que disséssemos nossa idade e nossa data de nascimento. Este passa a ser um jogo afetivo com alguns dos terapeutas com os quais brinca de adivinhar a idade. As listas se sofisticam, passam a receber classificações: lista das estagiárias (moças), das terapeutas mais velhas (as mulheres). Começa a fazer outros movimentos de aproximação. Passa a cumprimentar sempre todos os

terapeutas e principalmente as mulheres, de uma forma ritualizada: dois apertos de mão, e alguns beijos no rosto acompanhados da insistência de que respondêssemos ao seu cumprimento falando “tudo bem” muitas vezes. Começa a procurar em nós alguma semelhança com atores e atrizes de cinema ou televisão, ou então diz que somos parecidos com comidas que ele gosta.

Os investimentos feitos nos grupos de terapia ocupacional por muitos terapeutas, que foram se revezando nessa função, na tentativa de estabelecimento de um campo no qual Paulo pudesse se expressar de outra forma com a introdução de outros materiais como tintas, canetas, telas, o fazer junto, a permissão de alguma proximidade corporal, a proibição de ficar só nas listas, os jogos de palavras, os jogos de forca. Enfim, a introdução de uma dimensão mais lúdica foi proporcionando aos poucos a Paulo uma certa organização de seu mundo interno, denunciada nas articulações dos relacionamentos afetivos e na organização do cotidiano: começou a vir e voltar sozinho ao hospital-dia e iniciou um trabalho psicopedagógico numa cidade próxima à sua, para o qual também vai e volta só. Retoma o conservatório musical, e é convidado a participar de recitais de piano, atividade que havia abandonado há muito tempo. Seu corpo se desenvolve: passa de um menino com corpo muito frágil, encolhido sob suas roupas, para um rapaz forte, mais encorpado, com uma postura mais ereta. Começa a cuidar mais de sua aparência e se aproximar corporalmente, principalmente dos terapeutas, descobrindo os abraços como uma nova manifestação de seus afetos.

Esse relativo equilíbrio se rompia quando havia alterações na dinâmica familiar: o desinvestimento do pai, que em alguns momentos desacreditava das possibilidades de melhora de Paulo; ou o olhar da mãe para os outros filhos que necessitavam de sua ajuda; ou a entrada de um irmão na faculdade; ou, então, a ameaça do convênio médico de interromper seu tratamento. Estes fatos provocaram uma série de fugas: “viagens” que resolvia fazer sem comunicar a ninguém, indo parar no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Fortaleza, ou numa praia próxima. Dizia ir atrás de seus pais verdadeiros. Ou então gastava todo seu dinheiro com as passagens, ficando sem dinheiro para comer, para tentar morrer de fome.

Quando era encontrado, e retornava ao tratamento, vivia momentos de muita desorganização. Nesses períodos tínhamos que realizar um esforço de significação dessas fugas para que Paulo pudesse sair dessas crises. Mas a relativa qualidade das relações afetivas se mantinha, bem como seu interesse em participar dos grupos de terapia ocupacional.

Suas produções na terapia ocupacional, ao longo do tratamento, mudaram muito. Ao invés das listas e dos jogos aceita fazer projetos mais ousados e demorados, como desenhos e pinturas mais elaborados, alguns mais abstratos, muitos corações vermelhos e muitas estrelas, feitos sempre em parceria com algum terapeuta que o convida a participar, ou com outros pacientes, dos quais aceita a aproximação. Os jogos de força aos poucos vão sendo substituídos por jogos mais elaborados de damas, trilhas ou xadrez. Traz para o grupo de terapia ocupacional uma proposta de atividade grupal que é sustentada pelo grupo: de que começassem a cozinhar às quintas feiras, e que cada vez um trouxesse sua receita favorita. Este processo se inicia com uma receita sua, de um mingau, que ele diz que chama-se “dempum”, composto de água e polvilho, que depois de cozido se transforma em uma espécie de goma. Ele o come com muito prazer, oferecendo aos outros integrantes do grupo que aceitam provar o esquisito mingau, apesar da consistência e do gosto um tanto desagradável.

Há algum tempo Paulo começou, pela primeira vez, a falar de seus projetos de vida nessa encarnação: voltar a estudar, arrumar um emprego, uma namorada, se casar e ter filhos. Nesta ordem cronológica. Projetos de quem agora tem um corpo, apesar de ainda oscilar entre momentos de organização e desorganização. Um corpo não mais totalmente contido pelo sofrimento psíquico, mas agora já marcado pelo desejo.

Conclusão:

O método terapia dinâmica estruturalmente baseado no estabelecimento da relação triádica, possibilita, no caso de sujeitos acometidos pelas psicoses, antes de tudo, que as relações afetivas, tão pouco articuladas nesses casos, contem sempre com o instrumental das atividades para uma constante circulação entre realidades interna e externa. A aproximação corporal na realização, ensino e aprendizagem de atividades sutilmente aproxima e particulariza a relação terapêutica triádica

Essa proposta de procedimento possibilita que o encontro de corpos, e suas aproximações provoquem no sujeito-alvo a unidade corporal possível. Um cotidiano construído no setting “internamente aberto para receber, e externamente aberto para estimular o partir” (Benetton 1994) permite a realização de desejos, o suprimento de necessidades e a construção de realidades alternativas.

Referências Bibliográficas

- ALKMIN, W. **Entrelaçamentos transferenciais nas psicoses**. Curinga- Escola Brasileira de Psicanálise - M. G., 2000.
- BENETTON, M.J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações em Saúde Mental**. Tese de Doutorado, Campinas, 1994.
- BENETTON, M.J.; FERRARI, S.M.L. E TEDESCO, S. **De la spécialisation D'Ergothérapeutes en Santé Mental**. Journal d'Ergotherapie. Masson Editeur, Paris, 1998.
- CORSO, M. **Dificuldades inerentes ao tratamento da Psicose**. Correio da APPOA, Porto Alegre, março de 2000.
- FERRARI, S.M.L. **Terapia Ocupacional: integração e produção do saber**. Revista do CETO (1), São Paulo, 1995.
- FERRARI, S.M.L. **A Ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos**. Revista do CETO (2), São Paulo, 1997.
- FERRARI, S.M.L. **Terapia Ocupacional: espaço de narrativa entre forma e imagem**. Revista do CETO (4), São Paulo, 1999.
- FERRARI, S.M.L. E TEDESCO, S. **Acesso à teoria da técnica trilhas associativas**. Revista do CETO (5), São Paulo, 2000.
- LOSS, L. **A transferência em uma equipe de trabalho interdisciplinar**. Correio da APPOA, Porto Alegre, agosto 2000.
- PANKOW, G. **O homem e a sua Psicose**. Papirus, Campinas, 1989.
- PANKOW, G. **O homem e a sua Psicose**. Papirus, Campinas, 1989.
- PELBART, P. **A vertigem por um fio**. Iluminuras, São Paulo, 2000.

Notas:

¹Para Benetton (1994), o “diagnóstico situacional é estabelecido pela análise das condições sócias emocionais imediatas com as quais o indivíduo se apresenta para nossa observação. Lançamos mão, além disso, da composição diagnóstica: psiquiátrica, neurológica, psicológica, psicanalítica, de serviço social, etc. O diagnóstico situacional em terapia ocupacional não é classificatório, e sim específico para cada caso ou situação. Para a terapia ocupacional dinâmica o que orienta inicialmente a prática é o que se pode saber da história pessoal do sujeito. Essa história dificilmente é relatada pelo próprio sujeito. Aliás, esta história é composta pelos retalhos de fatos contados pela sua família, médico, outros terapeutas, amigos, vizinhos. É uma história vizinha ao próprio sujeito.”