RELATO DE UM CASO ATENDIDO EM MULTIDISCIPLINARIDADE

Autoras:
Toya Lorch Lenci
Terapeuta Ocupacional formada na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com especialização no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo-EPM.
End: R. Conde D'Eu 173, Alto da Boa Vista. São Paulo-SP

Marina Corrêa Guimarães
Médica formada pela Faculdade de Medicina do ABC, cursando o segundo ano de residência em Psiquiatria na Universidade Federal de São Paulo-EPM.
Aluna do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional
End: R. Alcatrazes 60 apto 83, Saúde. São Paulo-SP

Cristiane Seixas Duarte
Psicóloga formada pela Universidade de São Paulo, com especialização no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo-EPM.
End: R. dos Tamanãs 358, Alto de Pinheiros. São Paulo-SP

Resumo: Apresentamos aqui a descrição de um paciente e do atendimento que este vem recebendo, desde setembro de 1994, no ambulatório do Departamento de Psiquiatria do Hospital São Paulo. O atendimento caracteriza-se pela integração do trabalho de Terapia Ocupacional e Psiquiatria. Para obter tal percepção optamos pelos relatos em separado de ambos os atendimentos, após a apresentação do caso, e uma conclusão em conjunto, onde participamos a complementariedade de nosso trabalho e a importância dos vínculos estabelecidos com o paciente.

Palavras chave: Terapia Ocupacional, Multidisciplinaridade, Atendimento Ambulatorial.

RELATO DE UM CASO ATENDIDO EM MULTIDISCIPLINARIDADE

INTRODUÇÃO

Este paciente fez um percurso diferente dentro da instituição. Foi encaminhado da triagem diretamente para a terapia ocupacional. Foi a terapeuta que sentiu a necessidade de uma segunda avaliação e solicitou o acompanhamento psiquiátrico. Iniciamos o relato deste caso apresentando o paciente, sua queixa e sua história. Em seguida relatamos a relação terapêutica e o desenrolar dos atendimentos separadamente: primeiro com a psiquiatra e em seguida com a terapeuta ocupacional pois achamos importante analisar nossos papéis complementares.

O PACIENTE

G. é um rapaz de 20 anos, solteiro, nascido em São Paulo, numa família simples e católica. Mora num bairro residencial da periferia de São Paulo e parou de estudar no primeiro colegial pelo mesmo motivo que o trouxe ao nosso serviço. Nos conta através de uma carta escrita por ele sobre suas queixas, seus sintomas e sua falta de perspectiva na vida. Conta que não consegue mais sair de casa pois percebe que todas as pessoas o observam e dão risada do seu corpo "tão magro". Na escola deveria apresentar uma peça de teatro no final do ano e por não conseguir se expor, abandonou o curso. G. permanecia dentro de casa cuidando de sua sobrinha de 4 anos e se esquivava mesmo das visitas. Às vezes colaborava com a mãe nas atividades domésticas mas isso não era frequente. Se precisava varrer seu quarto tentava não aparecer na janela para não ser julgado homossexual. Se saía de carro com seus pais não conseguia descer do carro ao chegar num parque com medo do deboche das pessoas. G. estava angustiado com esta situação e falava em se matar se não conseguisse superá-la.

Vamos conhecer então os fatos mais marcantes da vida de G. Ele é o quarto filho, o caçula da família. Logo cedo foi diagnosticado em G. um problema

cardíaco, uma persistência do canal interatrial. Quando estava nervoso, ficava azulado e sem fôlego. Portanto foi protegido de alguns castigos na infância e recebeu especial atenção de sua dedicada mãe, que corria com ele para vários médicos. Seu pai se aposentou por uma dificuldade de deambulação quando G. era ainda pequeno e participou mais da infância dele que de seus irmãos. A mãe conta que o pai às vezes se irritava e batia no menino e foi então acusado por ela de causar problemas na criança. Aos 13 anos houve a remissão espontânea da alteração cardíaca e o médico então autorizou: agora ele pode apanhar. G. não foi uma criança retraída e tinha vários amigos, mas ao se aproximar da adolescência começa a queixar-se de suas orelhas de abano. Aos 12 anos consegue uma cirurgia corretiva que as colocam em perfeita posição. Nessa época frequenta por pouco tempo uma psicóloga que lhe faz uma profecia. Ela diz que G. vai resolver este problema mas logo vai arranjar outro no lugar. Dito e feito: pouco tempo depois G. começa a se envergonhar de seu corpo, vai se tornando gradativamente retraído até que hoje, 8 anos depois não consegue mais sair de casa sem sentir-se subjulgado. É nesta época também que sua irmã, que hoje tem 31 anos, casa-se e traz o marido para morar numa parte desta mesma casa. Até então existia um forte laço entre eles que sempre se divertiam juntos. A irmã diz que o tratava como um filho, estando sempre a presenteá-lo, mas que após seu casamento houve um afastamento entre eles e G. nunca se aproximou de seu cunhado que queixava-se dessa distância.O terceiro filho morreu acidentado quando G. tinha 16 anos. Seu irmão mais velho tem hoje 36 anos e foi alcoólatra durante algum tempo. Hoje não bebe, mora em outro bairro com sua esposa, mas G. nunca foi visitá-los, apesar do convite do irmão. Conta sobre uma empregada com quem se envolveu e chegou a ter um relacionamento sexual no banheiro de casa. Sua mãe, que já havia passado com o filho em mais de um psiquiatra antes, vem muito ansiosa à consulta. Diz que todos os seus filhos sempre foram saudáveis e só este veio a lhe dar problemas. Acha-o infantil para a idade e expressa preocupação quanto à identidade sexual do filho. Estão construindo um novo cômodo no andar superior da casa para que no futuro este filho possa alugá-lo e ter então um sustento caso não consiga trabalhar.

RELATO DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

Começo a atender G. no início de outubro de 94. Nos meus primeiros encontros com G. tenho dificuldade de saber qualquer fato de sua vida que não esteja relacionado ao sintoma. Ele conta sobre sua dificuldade de vir ao hospital pela hostilidade das pessoas na rua que dão risada de seu corpo. Não acusa especialmente uma ou outra parte do corpo. Não consegue olhar-se no espelho pois sente-se mal quando o faz. Fala em morrer pois sente-se incapaz e inferior. Logo na primeira consulta, e, até por sugestão dele, encaminho-o ao ambulatório de neuroendocrinologia para uma análise objetiva de desenvolvimento pôndero-estatural. Em algumas semanas recebo uma carta do endocrinologista dizendo que G. apresenta desenvolvimento adequado e dosagens das taxas hormonais e exames de rotina normais, recebendo alta do ambulatório. G. recebe estes dados racionais com grande indiferença. Parece que sua vida toda se limita à crítica externalizada de seu corpo com sua conseqüente desesperança e evitação do mundo ao redor. Tanto eu como as pessoas com quem dividi a supervisão deste caso e os familiares que entrevistei, sentem uma ambigüidade no ar. G. tem traços delicados na face, é uma pessoa meiga e fala em tom baixo e um pouco infantilizado. Mas se por um lado falta-lhe um traço masculinizante, por outro também não se mostra feminilizado. Seria como um adolescente, mas já tem 20 anos. Traz um sintoma persecutório que mais parece uma distorção da realidade mas G. já abandonou a escola e quase não sai mais de casa. Seria u início de uma psicose esqu zofreniforme? Paira o desânimo para sante das doenças de mal prognóstic Mas faltam-lhe outros sina psicopatológicos que direcionem pa tal diagnóstico, e, seus sentimentos d tristeza e desesperança parecem gera nos pois sua afetividade está muito pr sente no contato. Dirigimos então no so raciocínio no sentido de uma depre são delirante, ficando agora no ar a pr ocupação impactada pelo risco de su cídio. Na tentativa de sair da ambigü dade solicito a realização de um tes de Rorschach (descrito no final do te to), e em seguida começo a medicar paciente com um antipsicótic (tioridazina), do qual fez uso por u mês.

G. retorna após as festas do final d ano queixando-se de excessiva sedaçã efeito colateral do remédio, e aprofund a depressão do humor. Chora muito du rante a consulta e expressa sua falta d perspectiva e a decisão de abandonar tratamento. Tento então refazer noss vínculo e mudo a medicação para u antidepressivo tricíclico (clom pramina). G. começa aos poucos a ob ter uma melhora no humor e disposi ção para sair de casa. Sua auto estim começa a ganhar espaço e podemos co versar sobre outros assuntos que nã apenas a doença. Ainda não encara espelho mas já começamos com mui cuidado a falar de seu mundo interno Aparece um amor platônico por um menina que mora perto de sua casa ele tenta aproximar-se dela. Teme um recaída mas começa novamente a soci alizar-se e expressa forte gratidão pel tratamento. Hoje posso elaborar um melhor classificação diagnóstica para caso, mas neste momento importa sal entar o quanto foi importante acolhe sua identidade ameaçada, seus sent mentos de desvalia e criar um camp onde foi possível falar sobre a falta qu sente da irmã, da distância e d competitividade do pai, do carinho e d superproteção da mãe, do medo de le var um fora da menina, etc.

RELATO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL

No primeiro atendimento G. pediu para passar com um endocrinologista pois acreditava que só um médico poderia ajudá-lo, uma vez que já teria tentado tratamento com uma psicóloga sem sucesso. Para tentar estabelecer algum tipo de vínculo, no momento em que ele disse "quero que alguém que trabalha em hospital diga a verdade sobre meu corpo",pedi para ele se levantar e andar pela sala e percebi que nesse momento G. se sentiu acolhido e à vontade. Após analisá-lo, disse que não percebia nada de estranho em seu corpo, mas que empatizava com o seu sofrimento, uma vez que sua vida estava comprometida pela sua dificuldade de sair de casa.

Nos atendimentos seguintes G. trouxe reportagens de revistas com trechos grifados sobre depressão e insegurança e a partir disso descrevia como se sentia. A impotência que ele vivia frente às suas dificuldades passaram a contagiar a relação paciente-terapeuta pois para ambos os problemas pareciam insolúveis. Além disso fiquei em dúvida de uma gravidade maior, pois percebia componentes delirantes nas suas queixas, solicitando assim um acompanhamento psiquiátrico.

Frente a dificuldade de continuar enfatizando questões referentes à doença, tentei abordar outros temas e descobrimos um que agradava a ambos: músicas dos anos 70. Durante os três atendimentos seguintes escutávamos músicas antigas, ora trazidas por ele, ora por mim. G. justificava seu gosto musical dizendo que as músicas o faziam lembrar de uma época em que era feliz. A utilização das músicas propiciou um espaço para que G. falasse mais sobre seu passado, como por exemplo, a nostalgia do tempo em que saía para passear de carro com sua irmã.

Houve uma melhora no humor e as queixas relacionadas com as questões físicas tornaram-se menos frequentes. Nesse momento G. recebeu resultado dos exames endocrinológicos, porém para minha surpresa, não demonstrou empolgação, decepção ou curiosidade perante os mesmos, dizendo apenas:"o médico disse que eu estou dentro dos limites inferiores".

Concomitantemente ao recebimento dos exames, eu assinalei para G. a melhora que eu havia percebido. Nesse mesmo atendimento ele referiu que tinha um outro problema : não conseguia reconhecer as cores. Não sabia explicar se a sua dificuldade era perceber (sensorial) ou nomear (cognitiva) ou mesmo quando surgira a tal dificuldade. Diante do esvaziamento da sua queixa e pelos sorrisos discretos que dava enquanto tentava reconhecer as cores, pensei que estivesse fazendo uma substituição de sintomas. Realizamos uma pintura mas G. logo perdeu a paciência, pois não tolerou o fato de ter errado o traçado. Apenas após minha insistência concordou em tentar solucionar o problema, mas ao final da atividade não ficou satisfeito com o resultado. G. após este atendimento nunca mais trouxe sua dificuldade para reconhecer cores. Em outro atendimento G. desenhou dois carros usando régua e lápis. Segundo ele, um seria o carro dos seus sonhos e o outro após perguntar detalhes sobre o meu carro, seria o meu. Percebi uma atitude mais sedutora de sua parte e pela primeira vez percebi um espaço para abordar de uma forma mais descontraída suas paqueras. G. falou sobre uma garota pela qual tinha interesse mas não tinha coragem de se aproximar.

Após três semanas de férias em atendimento apenas verbal, G. disse que se sentia melhor, mas que em alguns momentos ainda ficava muito inseguro, como por exemplo no natal,quando não saiu de casa para festejar com a família. Abordou o tema da paquera mas ainda não se sentia seguro para procurá-la, atribuindo suas dificuldades às inseguranças com seu corpo. Procurei discriminar o problema dizendo que é comum as pessoas terem dificuldade para se declarar, mesmo quando são bonitas e seguras. Pela primeira vez fala sobre a possibilidade de fazer uma ficha para procurar emprego.

Após faltar em um atendimento retomei essa questão, agora enfocando se sua falta era conseqüência da sua dificuldade em sair de casa ou de outra coisa comum a todas as pessoas : preguiça. Sugeri que tentasse reconhecer a origem das suas dificuldades, pois ele estava num momento de transição entre o isolamento e o contato com dificuldades que há muito tempo ele não enfrentava.

Iniciamos um projeto para fazer um móbile-vitral e apesar da elaboração de um projeto inicial, a cada atendimento surgia uma dificuldade: o traçado teve que ser refeito várias vezes cortávamos no lugar errado. Surpreendeu-me como ele gradualmente foi conseguindo solucionar as dificuldades, e, a partir dos erros surgiu um novo tipo de clima entre nós, pois começamos a rir das nossas "trapalhadas". Um dia G. disse que era esse tipo de dificuldade que ele encontrava nos trabalhos da escola e por não conseguir solucionar, perdia a paciência e os deixava de lado.

A cada atendimento, contava algo de novo que estava fazendo como por exemplo: o curso de computação, a procura de emprego, passeios ao shopping, e um dia, a caminho do atendimento parou num sebo e comprou 2 discos. Embora sua melhora ainda seja frágil e o seu medo de piorar presente, procuro a cada atendimento conversar sobre essas novas experiências com o objetivo de valorizar seus avanços e principalmente deixá-lo com um registro desse bem estar.

TESTE DE RORSCHACH

O exame pelo método de Rorschach revela alguns elementos interessantes: G. tem uma preocupação restrita pelo meio ambiente, bastante influenciada

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 intregração 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 acolh lo junto com sua angústia e a amea do sintoma paranóide. Tal movime permitiu o gradual alívio da tensão e terna e o aparecimento de um sentime to de confiança em nós, resultando formação de uma forte aliança. No ate dimento de terapia ocupacional foi po sível envolvê-lo em um projeto on pôde exercer sua criatividade e a to rância à frustração, melhorando s auto-estima e desenvolvendo flexibi dade frente às novas situações. No ate dimento clínico psiquiátrico foi pos vel uma intervenção no ambiente fam liar trazendo às consultas seus famili res, permitindo uma importante troca percepções entre eles, além do apo medicamentoso. Após oito meses, pe cebemos que uma etapa do atendime to se completou quando ouvimos contar que esteve numa loja de roup e apesar da insegurança que sentiu fre te ao espelho, conseguiu comprar um calça jeans. Notamos que ele passou estabelecer um contato mais próxim com seus sentimentos e outras questõ do seu dia a dia.