

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (12.: 2014: São Paulo)

Anais da XII JORNADA APOIAR: A CLÍNICA SOCIAL - PROPOSTAS, PESQUISAS E INTERVENÇÕES realizada em 5 de Dezembro de 2014 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Tania Maria José Aiello Vaisberg - São Paulo : IP/USP, 2014

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-86736-59-9

1. 1 1. Psicologia clínica 2. Psicologia Social 3. Direitos Humanos

4. Clínica I. Título.

RC467

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-86736-59-9



TRANCADO NO QUARTO: REFLEXÕES PRELIMINARES SOBRE O CUIDADO A PACIENTES PSICÓTICOS

CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES²²

FABIANA FOLLADOR E AMBROSIO²³

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO-VAISBERG²⁴

Resumo

O presente estudo tem como objetivo apresentar uma reflexão teórico-clínica sobre um desafio comumente encontrado no cuidado a pacientes psicóticos, quando se mostram profundamente retraídos ao contato interpessoal. Neste tipo de situação, uma abordagem clínica fundada no *holding*, tal como é compreendido no contexto da clínica winnicottiana, parece-nos particularmente fecunda, na medida em que permite a ocorrência de experiências transformadoras, no caso apresentado, de tolerância por parte do paciente à presença concreta da terapeuta. Examinamos esta questão no contexto de um trabalho em enquadre de acompanhamento terapêutico, por meio de um estudo do caso de um adolescente psiquiatricamente diagnosticado como psicótico, que se recusava a deixar o próprio quarto. Os encontros foram registrados sob forma de narrativa transferencial que, ao serem consideradas à luz do uso do método psicanalítico, permitiram compreender com profundidade o acontecer entre paciente e terapeuta. Com essa apreensão, assumimos que a adoção de uma atitude fundamentalmente não-invasiva, geradora de sustentação emocional, promoveu o estabelecimento de um vínculo paciente-terapeuta, a partir do qual o paciente passou a experimentar sentimentos de confiança e aceitar a realização de encontros terapêuticos em espaços extra-domiciliares.

Palavras-chave: Psicose - Acompanhamento terapêutico-Eficácia clínica – Comunicação Emocional - D.W.Winnicott

²²Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Membro do grupo de pesquisa USP/CNPq "Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade". Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Americana.

²³Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Membro do grupo de pesquisa USP/CNPq "Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade".

²⁴Orientadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Professora Livre Docente aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora da "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e do NEW- Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

Introdução

Sabemos que uma clínica voltada ao cuidado a pacientes psicóticos traz muitos impasses e desafios para os trabalhadores de saúde mental, independentemente das diferentes abordagens de tratamento (MALCHER & FREIRE, 2013; RADANOVIC ET AL., 2013; SIMÕES, 2012; MIRANDA & CAMPOS, 2012; SOARES, ET AL., 2011; MELLA, DANTAS & BANZATO, 2011; MUÑOZ, 2010; MEYER, 2008). No que se refere à psicanálise, notamos a existência de constantes questionamentos acerca de sua aplicabilidade e eficácia (AMBROSIO, 2013), principalmente no que concerne à comunicação com esses pacientes. Encontramos em Winnicott, autor solidamente apoiado em uma clínica sensível e teoricamente sofisticada, importantes contribuições sobre as bases do amadurecimento emocional precoce, que parecem ajudar no desenvolvimento de propostas de cuidado a essas pessoas. Ao usar a despersonalização e a desrealização como matriz clínica de sua reflexão teórica, introduziu visões verdadeiramente transformadoras no campo da psicopatologia psicanalítica, uma vez que obrigam que seja feita uma revisão dos conceitos de loucura e de psicose, permitindo conceber o sofrimento de tipo psicótico presente na vida de todos (AIELLO-VAISBERG, 2006).

Winnicott e a questão da psicose

As contribuições winnicottianas (WINNICOTT, 1962b, 1964) permitem que relacionemos características do ambiente que se encontra frente a uma pessoa que exige cuidados logo no início de sua vida (por exemplo, a mãe), com processos por que passam aquele que, desde seu próprio ponto de vista, encontra-se em um estado de incipiente sentido de ser (por exemplo, um bebê recém-nascido). Dessa feita, temos o amadurecimento emocional saudável quando um bebê é afortunado o suficiente para poder contar com um ambiente humano capaz de fornecer-lhe sustentação, incluindo o manejo físico e a apreciação do tempo e do espaço, a partir da apresentação de objeto (WINNICOTT, 1945). O avesso desse estado de coisas é sintomaticamente característico da esquizofrenia e de outros fenômenos psicóticos. Assim, o sofrimento psicótico é

considerado uma defesa contra as chamadas agonias impensáveis, ou seja, angústias extremamente primitivas que têm origem em um padrão de cuidado ao lactente com notada e permanente dificuldade na percepção de suas necessidades, sensoriais, físicas e emocionais.

Partindo dessa compreensão - que o sofrimento de tipo esquizofrênico aponta para a presença de um padrão de cuidado insensível às necessidades do bebê - acreditamos que, ao fazermos uma transposição para a clínica, a terapêutica deva consistir no fornecimento de um ambiente humano confiável para que a experiência de cuidado suficientemente bom, que nunca foi vivenciado, possa se dar, graças à colocação em marcha, por parte do cuidador, de *holding*. Concebemos a possibilidade de efetivação do *holding*, em contexto psicoterapêutico, em diferentes enquadres: psicoterapia individual, oficinas psicoterapêuticas, acompanhamento terapêutico, entre outras.

Nesse presente trabalho, temos o objetivo de tecer reflexões, à luz da psicanálise winnicottiana, acerca do cuidado a pacientes psicóticos, quando se mostram profundamente retraídos ao contato interpessoal. Para tanto, apresentaremos uma narrativa psicanalítica de um recorte clínico de atendimento no enquadre conhecido como acompanhamento terapêutico.

Caso clínico: o contexto e a narrativa

O atendimento clínico ocorreu no enquadre denominado acompanhamento terapêutico, prática que tem como principal característica o deslocamento do terapeuta para o ambiente do paciente, ou seja, a ocorrência das intervenções dá-se no cotidiano do próprio paciente. Essa propriedade aparece como uma inversão do que normalmente acontece - o paciente sair do seu cotidiano para ir a um ambiente terapêutico -, na medida em que é o terapeuta que entra no dia-a-dia do acompanhado. Assim, os encontros acontecem, predominantemente, em locais públicos, como serviços públicos, consultas médicas, bancos, parques, shoppings, supermercados, cinema, visitas a pessoas do relacionamento do paciente ou ainda na casa dele mesmo (SIMÕES, 2005).

Como forma de registrar os encontros terapêuticos, optamos pelo uso de narrativas transferenciais, modalidade que vem sendo amplamente usada em pesquisas

psicanalíticas (AIELLO-VAISBERG, MACHADO & AMBROSIO, 2003; AIELLO-VAISBERG & GRANATO, 2004).

Fundamentadas num posicionamento epistemológico que concebe a produção do conhecimento em ciências humanas a partir da vinculação implicada, afetada e comprometida do pesquisador, em relação ao fenômeno estudado, as narrativas transferenciais proporcionam o registro dos impactos contratransferenciais vivenciados pelo pesquisador/psicanalista, bem como confere rigor metodológico e coerência às investigações embasadas no uso do método psicanalítico (AMBROSIO, 2013).

Assim, ao finalizar a escrita, o pesquisador pode mesmo deparar-se com aspectos do acontecer clínico que nem sequer havia notado, uma vez que, durante a experiência, preocupava-se simples e completamente com sua relação com o paciente (Winnicott, 1962). Poderíamos afirmar que, ao confeccionar sua narrativa, o pesquisador vivenciará um segundo momento do encontro, agora não mais entre paciente e terapeuta, mas sim, entre narrador e a narrativa, permitindo, desse modo, tecer outras associações e considerações.

Trancado no quarto

Fátima entrou em contato comigo²⁵ por telefone, solicitando uma acompanhante terapêutica para seu filho. Comentou que João não saía do quarto há cerca de seis meses e embora já estivesse medicado por um psiquiatra, não apresentava muita melhora.

Combinamos de conversarmos pessoalmente... Numa primeira entrevista com a mãe, essa me pareceu muito confusa e ansiosa com a situação de seu filho. Contou que João, naquele momento com vinte anos, tinha piorado muito depois que completou dezoito anos, época em que deixou de estudar, justificando que todos ao seu redor falavam mal dele. Passava horas discutindo sozinho em seu quarto, não queria sair nem para comer e que, esporadicamente, com muita insistência, mantinha alguns cuidados pessoais. Como se recusava a sair do quarto, bem como negava todo tipo de tratamento, fiz um contrato com a mãe para que o trabalho ocorresse no enquadre de acompanhamento terapêutico,

²⁵Caso atendido pela psicóloga Cristiane Simões. Esclarecemos que o recorte do caso clínico selecionado foi escrito na primeira pessoa do singular.

já que iria até a casa dele, e posteriormente poder fazer atividades externas. Assim, combinei que teria encontros com o garoto três vezes por semana, com duração de duas horas.

Fui à casa do garoto, em dia e horário combinado, e Maria, avó de João, que morava com eles, recebeu-me e conduziu até o quarto de seu neto. Explicou que ele, sabendo da minha visita, estava mais nervoso e até agressivo verbalmente.

Encontrei a porta totalmente trancada e sem muito saber o que fazer permaneci ali. Logo, a avó avisou que a sua acompanhante terapêutica estava ali e ele, do lado de dentro do quarto, começou a falar para eu ir embora, que não queria conhecer ninguém e que não precisava de ajuda.

Sabia naquele momento que precisava tentar alguma aproximação, mas não tinha uma resposta pronta. Falei para a avó que ela não precisava ficar ali comigo e que iria aguardar até conseguir algum contato.

João percebeu minha presença na porta de seu quarto, aproximou-se e disse, do lado de dentro, muitas vezes, para eu ir embora. Quando ficou quieto, falei bem perto da entrada, do lado de fora, que iria ficar ali, que gostaria de conhecê-lo e iria aguardar. Percebendo que ele permaneceu do outro lado bem próximo, fiquei do lado de fora, e bem perto também.

Depois de quase uma hora, João começou a abrir pouquíssimos centímetros da porta, porém logo a fechava, mantendo-se em silêncio. Nestes rápidos momentos, expliquei meu trabalho e disse que nossos encontros iriam ocorrer três vezes por semana e com duração de duas horas cada.

Na verdade, muitas dúvidas surgiram em relação a minha postura, pois via que o diálogo ia ser muito difícil. Após alguns minutos, ele abria novamente centímetros da porta, conferia a minha presença e rapidamente fechava. Desse modo, resolvi permanecer do lado de fora do quarto, porém próxima.

Durante o primeiro mês esta foi a rotina de trabalho. Apenas em alguns momentos, João abria alguns centímetros da porta e logo a fechava. No decorrer das semanas, abria mais vezes, procurando conferir a minha permanência. Quando estava perto de finalizar o encontro, dizia-me que estava chegando a hora como havia mencionado, e que eu deveria ir embora.

Nestas pequenas aberturas, conseguia ver o quanto ele estava descuidado, com o cabelo comprido e muito bagunçado e unhas dos pés muito compridas. Sentia um cheiro ruim que acreditava ser tanto pelo fato do quarto ficar muito fechado, sem ventilação, e que apenas, em alguns momentos, deixava alguém entrar para limpar, como também por ele mesmo, já que passava dias que não aceitava tomar banho, dizendo que não podia sair dali, pois tinha medo.

Nos encontros, percebia que quando tentava conversar sobre algum assunto, não respondia e chegava até mesmo a fechar a porta, quando essa estava pouco aberta.

Assim, percebi que era importante eu tolerar o silêncio.

A partir da terceira semana de atendimento, ele deixava mais tempo a porta entreaberta, embora de uma maneira que ainda não conseguia vê-lo por inteiro.

Com o intuito de conseguir maior interação, fiz a proposta de um trabalho lúdico. Levei alguns materiais como jogos de interação, massinha, argila, canetinhas coloridas, giz de cera, tesoura, papel sulfite, lápis de cor, cola, cartolina, revistas e jornais, entre outros, e também pedi que escolhesse e separasse o que poderíamos usar de seus pertences.

João aceitou e levei uma caixa que ficaria em sua casa, e ele, com a ajuda de sua mãe, separou um jogo que gostava, que consistia em um participante desenhar e outro adivinhar – comercialmente conhecido como ‘Imagem e Ação’. A partir disso, essa atividade nos acompanhou por muitas sessões, conseguindo que houvesse uma grande interação entre nós. No decorrer dos rabiscos, ia perguntando o que achava de cada um, e assim ele foi contando de suas preferências a respeito de comidas, frutas, carros, objetos, entre outros.

Com o passar das sessões, percebia que a porta permanecia cada vez mais tempo entreaberta, e também com uma abertura maior.

Isso me ajudou; consegui acreditar na minhas intervenções, tendo coragem para dar continuidade e suportar toda aquela espera e incerteza. Entretanto, em alguns momentos, ainda me sentia angustiada, ficando com a sensação de não estar fazendo nada.

Outra atividade muito realizada por nós foram os desenhos que fazíamos com uso de cartolina e canetinhas, quando juntos íamos “fazendo de conta”, construindo os passeios que poderíamos realizar. Em várias situações, o garoto falava que tinha medo de sair porque coisas ruins aconteceriam, mas comentou que tinha vontade de voltar a sair de

casa. Nesses “passeios” na cartolina, juntos íamos decidindo a cor da cartolina, qual desenho seria confeccionado e mesmo onde iríamos naquele dia. Depois, ele construía histórias, recheadas de episódios trágicos, de eventos que ocorreriam na rua.

Percebia que João contava sobre o que tinha vontade de fazer, sobre os lugares conhecidos e sobre os que ainda não tinha ido. Parece que João foi, novamente demonstrando interesse pelo mundo e, ao mesmo tempo, lidando com o medo e agonia que acabaram o aprisionando.

No decorrer do processo, nos nossos desenhos nas cartolinas, conseguíamos realizar passeios divertidos e interessantes, sem que nada acontecesse de ruim para ambos.

Comecei a ficar mais tranqüila, pois considerei que algo estava mudando, que estava conseguindo algum diálogo. Mesmo com essa nossa aproximação, ele sempre pediu um tempo, solicitando que ambos ficassem quietos, o que ocorria, geralmente, nos finais dos encontros.

Depois de aproximadamente cinco meses, o garoto abriu a porta por completo durante as atividades, e logo aceitou sair comigo para os outros cômodos da casa.

Finalmente, depois de seis meses de atendimento, foi possível realizar uma atividade fora de seu domicílio.

Nessa primeira saída fomos lanchar no Mc Donald’s, trajeto realizado no encontro anterior em cartolina, onde João contou que estava com muita vontade de comer um dos sanduíches dessa rede, aceitando em seguida ir ao local.

Ainda por algumas vezes, usamos os passeios, por meio da cartolina, como ensaios para as saídas propriamente ditas.

Reflexões teórico-clínicas

Durante todo esse trajeto, os seis meses de atendimento realizado na casa de João, até que a dupla conseguisse sair de casa para ir a outros espaços, como previsto no contexto do acompanhamento terapêutico, compreendemos que a postura da terapeuta, aberta e sustentadora, concretizada muitas vezes por sua presença silenciosa

do lado de fora da porta do quarto de João, encontra-se em consonância com a proposta de Winnicott (1962) “em estar viva, bem e desperta” e exemplifica um momento de compreensão acerca de um sofrimento que levou o garoto a uma solidão enclausurada.

Muitos foram os momentos em que o paciente solicitou de alguma maneira que ambos permanecessem em silêncio. Nas situações que a terapeuta tentava algum diálogo, ele rapidamente fechava a porta do quarto, porém, em poucos minutos, abria poucos centímetros, talvez com a finalidade de conferir se ainda ela permanecia ali. De modo interessante, quanto mais a terapeuta ficava quieta, mais a porta ficava entreaberta.

É importante ressaltar que nos encontros muitas dúvidas apareceram, porém a psicanalista sentia/acreditava que deveria permanecer ao lado dele, mesmo que seu lugar fosse fora de seu quarto, encostada na porta.

Compreendemos que o holding estava sendo concretizado, primeiramente a partir da decisão de permanecer do lado de fora, uma vez que era essa a única possibilidade de relacionamento com ele, e depois, por apresentar, gradualmente, e em pequeníssimas doses, algumas outras possibilidades de interação com a terapeuta. Segundo a perspectiva winnicottiana, o psicanalista deve propor um encontro profissional, onde sua presença permaneceria devotada e disponível, permitindo a configuração de um campo inter-humano propício e acolhedor ao acontecer genuíno, e próprio para que o indivíduo sintasse encorajado a se vincular a sua condição de existente, libertando-se da impossibilidade a se sentir vivo e real. (AIELLO-VAISBERG, 2004).

Desse modo, acreditamos que a postura da terapeuta na porta do quarto de João, sem forçá-lo a abrir a porta e suportando estar do lado de fora, esperando-o, contribuiu definitivamente para uma maior confiança do paciente em relação a acompanhante. Podemos até compreender, que, se por um lado a presença da terapeuta trazia um elemento invasivo ao universo de João, ao mesmo tempo e cada vez mais, o terror estava sendo substituído por confiança. Ele temia uma companhia, por medo de ser invadido, por outro lado, ele ansiava por essa presença.

Consideramos que o trabalho do analista consiste na integração de aspectos dissociados do *self*, possível pela intervenção de sustentação (*holding*) do acontecer, afastando as agonias impensáveis do horizonte vivencial o máximo possível.

Sustentar o encontro inter-humano é algo que tem sentido quando se tem fé na capacidade criadora humana (AIELLO-VAISBERG, 2004). Isso significa que o analista aposta – pessoal e profissionalmente - no oferecimento de um ambiente humano suficientemente bom, que por si mesmo humaniza e fortalece o sentimento de ser si mesmo. Sendo assim, não se trata da aplicação de uma técnica, não havendo nada para ser ensinado nesse contexto.

A partir da apresentação dos encontros da psicanalista com João, pudemos iluminar o modo pelo qual acontece a sustentação emocional. Acompanhando, atenta e devotamente as necessidades existenciais do paciente - necessidades que devem ser satisfeitas sob o risco de afetar exatamente o sentimento de ser si mesmo -, e, portanto, compreendendo profundamente os sentidos das condutas (BLEGER, 1963) de João, lidando com suas impossibilidades de maneira maximamente sensível, a terapeuta contribuiu para as mudanças que se seguiram.

Por fim ressaltamos que o ato de abrir a porta não se deu graças a um mero comportamento adaptativo desse paciente, mas, ao contrário, indicou a ocorrência de uma mudança significativa, onde um universo temível, repleto de desconfiança e impossível de ser enfrentado, pode ser transformado em um lugar habitado por praças, lanchonetes, filmes, na companhia da terapeuta.

Referências Bibliográficas

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; MACHADO, M.C.L.; AMBROSIO, F.F. (2003). A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na Psicologia Clínica Social Winnicottiana. Em: Aiello-Vaisberg, T.M.J. e Ambrosio, F.F. *Cadernos Ser e Fazer: Trajetos do Sofrimento, Rupturas e (Re) Criações de Sentido*. São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2004). *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. São Paulo: Idéias e Letras.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; GRANATO, T.M.M. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12 (2): p.227-460.

- AMBROSIO, F.F. (2013). *O estilo clínico “Ser e Fazer” na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias*. 114f. Tese de Doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 1977.
- MALCHER, F.; FREIRE, A.B. (2013). Laço social na psicose: impasses e possibilidades. *Ágora (Rio J.)* 16(1): 119-133.
- MELLA, L.F.B; DANTAS, C.R.; BANZATO, C.E.M. (2011). Insight na psicose: uma análise conceitual. *J.Bras.Psiquiatr.* 60(2): 135-140.
- MEYER, G.R. (2008). Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora (Rio J.)* 11(2): 299-312.
- MUÑOZ, N.M. (2010). Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* 13(1): 87- 101.
- MIRANDA, L.E; CAMPOS, R.O.(2012). Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winnicottiana. *Estud. Psicol. (Campinas)* 29(4): 519-529.
- RADANOVIC, M.; SOUSA, R.T.; VALIENGO, L.; GATTAZ, W.F.; FORLENZA, O.V. (2013). Alteração formal do pensamento e prejuízo da linguagem na esquizofrenia. *Arq. Neuro- Psiquiatr.* 71(1): 55-60.
- SIMÕES, C.H.D.(2005). *A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas.
- SIMÕES, C.H.D. (2012). *Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico*. 149f. Tese de Doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- SOARES, H.L.R.; GONÇALVES, H.C.B; WERNER JÚNIOR, J. (2011). Esquizofrenia hebefrênica: psicose na infância e adolescência. *Fractal, Rev. Psicol.* 23(1): 239-240.

- WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In WINNICOTT, D.W. *Textos Seleccionados Da Pediatria à Psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 269-285.
- WINNICOTT, D.W. (1962a) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artmed, 1983.
- WINNICOTT, D.W. (1962b) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In WINNICOTT, D.W. *O Ambiente e os processos dematuração*. (T.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. p.55-61.
- WINNICOTT, D.W. (1964) O mundo em pequenas doses. In WINNICOTT, D.W. *A criança e seu mundo*. (A. Cabral, Trad.). 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982. p.76-82.
- WINNICOTT, D.W. (1963) Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artmed, 1983.