

# UMA EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM GRUPOS TERAPÊUTICOS REALIZADA COM PACIENTES PSICÓTICOS

Leila Dittmar Raghiant\*

Decodificar descompasso do paciente é problema de “*sensibilidade*”, mas ir de encontro com ele é “questão de responsabilidade profissional”.

A nossa tentativa neste relato, consistiu em fazer uma leitura das produções efetuadas por pacientes psicóticos, durante o trabalho com eles realizado em grupos terapêuticos, quando recebem o atendimento psicológico e da terapia ocupacional.

Refletindo sobre a produção artística como um emergir de forças internas que culminam numa conjunção de efeitos produzidos por desejos, sonhos ou desenganos que vão aos poucos se ordenando, criando formas, sentido e beleza foi que passamos a entender que “*uma imagem vale mais que mil palavras*” (NEIVA, 1986). Isto veio nos demonstrar que as

---

\* Pedagoga e psicóloga. Mestre em Educação pela Universidade Católica Dom Bosco-UCDB.

características expressivas do sujeito são muito mais fiéis ao fato do que o próprio discurso sobre o tema.

Pensando nisso, nos enveredamos por esse caminho, no intuito de desvendar aquilo que existe por trás de uma das produções dos pacientes, pois concordamos que *“cada imagem tem a sua história e o conhecimento de uma imagem implica numa decifração”* (NEIVA, 1986 : 41).

Os pacientes internados no “Hospital Nosso Lar”, com diagnóstico de esquizofrenia, de acordo com a CID-10 (Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento) da OMS – Organização Mundial de Saúde, após entrevista de triagem pelo Setor de Psicologia, são encaminhados para os grupos terapêuticos de acordo com as condições apresentadas pelo paciente, no seu quadro da doença.

A inclusão de mais um técnico para integrar a equipe possibilitou ampliar o atendimento ao paciente, pois a inserção do Serviço Social complementa o trabalho que vem sendo realizado, permitindo uma visão mais ampliada do sujeito adoecido e fornecendo um enfoque multidisciplinar sobre ele, possibilitando-nos uma reflexão sobre a multicausalidade da doença, sob o referencial teórico oferecido por PICHON REVIÉRÈ (1977), que aborda a *“pluralidade fenomênica”*.

Através desse trabalho realizado em grupos, pretendeu-se alcançar uma maior compreensão dos fenômenos psíquicos desses pacientes e efetuar uma “escuta” das suas necessidades, a fim de criar uma experiência de confiança, capacitando-os a efetuar suas “catarses” e trabalhando-as de acordo com o momento em que estão

vivendo, no curso evolutivo da doença.

A partir do momento em que os pacientes começam a usufruir dos resultados do tratamento farmacológico, iniciamos o trabalho de Terapia Ocupacional com aqueles que se encontram em menores condições, ou pelo estado de cronificação da doença ou ainda sob os efeitos da crise que culminou na internação. O objetivo deste grupo é de proporcionar um meio deles se manifestarem usando de atividades que funcionam como facilitadoras dessas suas expressões.

Contudo, durante estes grupos temos defrontado com dificuldades do paciente, próprias da situação em que se encontram: negação da doença por não conseguirem distinguir o que se passa com eles, agitação psicomotora impedindo muitos deles de permanecerem por longo tempo no mesmo lugar, desinteresse pelas atividades, falta de coordenação motora, curso do pensamento incoerente, isolamento, dificuldades de verbalização. Mas, à medida em que vamos demonstrando um entendimento sobre eles, suas situações e envolvendo-os no trabalho terapêutico, percebemos que aos poucos passam a falar dos seus conflitos, a ativar recordações de suas vivências ou mesmo demonstrar para as terapeutas, o comprometimento da doença. Notamos que a própria constituição do grupo auxilia o paciente a perceber-se, a orientar-se e reaprender a relacionar-se com os demais.

Enquanto os pacientes vão se expressando, concomitantemente vão sendo trabalhados terapeuticamente seus conteúdos apresentados e, de acordo com a evolução positiva do quadro, são mudados de grupos, onde as atividades passam a ser mais espontâneas e criativas e, conseqüentemente, vão sendo, ainda, possibilitadas oportunidades de fazerem algumas

reflexões sobre suas produções, que geralmente redundam em elaborações sobre suas próprias vidas.

## 1. DESENVOLVIMENTO

O psiquismo do homem pode se manifestar através da objetivação dos seus conteúdos anímicos, podendo mostrar-se através dos movimentos do corpo, da fala, da escrita, considerados como produções humanas. Muitas vezes, essas produções podem se tornar artísticas, como na dança ou diferentes expressões corporais, na poesia, nas interpretações teatrais, na declamação ou nos contos, na literatura em geral, pelas produções dos mais diferentes tipos de conhecimento.

A manifestação da vida psíquica humana quando objetivada, pode ser estudada pela Psicopatologia da Expressão, através da exteriorização voluntária ou inintencional. São justamente desses impulsos humanos inintencionais, que surgem de um fundo não percebido pelas pessoas leigas, mas que para nós, terapeutas, são possíveis de serem captados quando afloram inadvertidamente do ser, é que queremos falar.

Na nossa lida diária com pacientes psicóticos, percebemos que, apesar deles terem sua vida psíquica perturbada estruturalmente, possuem mais ou menos preservados os impulsos da sua vida anímica.

Embora a Psiquiatria clássica, no início do século, nos demonstrasse que o impulso à comunicação do psicó-

tico estivesse destruído pela doença, os estudos atuais admitem que podemos detectá-los, através de outras formas não verbalizadas, ou seja, por meio dos mais diferentes modos do paciente expressar seus pedidos de ajuda.

Por isso, quando trabalhamos com desenhos, pinturas, textos ou modelagens, podemos nos defrontar com várias formas de expressões do psiquismo desses pacientes, que são tomadas por nós como verdadeiros fatos psicopatológicos.

Esse material pode ser obtido, resultante do impulso espontâneo de comunicar-se, pela atividade livre do sujeito, ou pode ser solicitado em forma de atividade semi-estruturada, sendo os temas ou motivos algumas vezes também sugeridos pela terapeuta ou deixados a critério do próprio paciente.

O que pretendemos demonstrar são algumas formas de apresentação do processo esquizofrênico que, expressados pelas manifestações artísticas dos pacientes, podem ser considerados como faces ou aspectos da doença que poderão contribuir no esclarecimento do seu diagnóstico. Contudo, queremos ressaltar que essas facetas não devem ser consideradas exclusivas do quadro, mas que podem apresentar-se isoladamente num sujeito ou se combinarem numa seqüência de produções. Para tanto, é importante que o aguçamento do olhar e a capacidade de ouvir e ordenar os dados, sejam ampliadas e conectadas com a história de vida pessoal de cada paciente, para podermos compor cuidadosamente cada quadro patológico.

Subdividimos os diferentes modos de expressão para facilitar a compreensão dos quadros a serem apresentados.



### 1º caso:

Trata-se de uma paciente que aos 16 anos parou de estudar porque ficava muito nervosa, quando ia fazer as provas e não conseguia mais resolver as questões que até então dominava com facilidade. Passou a sentir muita tristeza por não poder terminar seus estudos, pois seu sonho era fazer uma faculdade. *“Foi uma frustração”* (SIC). Passou a ingerir bebida alcoólica para se sentir mais aliviada. Essa situação se prolongou até os 21 anos, pois acha que *“chegou à loucura”* quando fez várias tentativas de suicídio com medicamentos porque não queria mais dar trabalho para seus pais. Passou a beber diariamente, a usar drogas e caiu na prostituição, queria ser uma pessoa alegre e se tornava cada vez mais *“uma pessoa triste”*. Ficou grávida e queria abortar o filho. Este nasceu *“perfeito”* e é criado por uma tia dela. Ficava nervosa, não agredia as pessoas, mas se auto-agredia: se mordida e cortava os pulsos. Certa vez, tomou mais de cem comprimidos e foi parar no CTI da Santa Casa, ficou entubada, respirava por aparelhos. Reprimida pelos pais e pelo médico, deixou as drogas e a bebida. Começou a *“ouvir vozes”*, submetida à ECT, *“melhorava mas não passava”*. Depois, passou a fazer uso de Depot, periodicamente. Põe algodão no ouvido para não ouvir. *“É sempre uma mulher que fala mais, só às vezes vem uma voz de homem me condenando”*.

A paciente costuma escrever, porque acha que através dessa atividade consegue externar o que se passa com ela. Sobre seus textos nos foi possível trabalhá-la terapêuticamente.

*“Agonia”*

*Agonia que me leva à loucura.*

*Agonia que me deixa perturbada.*  
*Agonia que o vento traz.*  
*Agonia de uma mente perturbada.*  
*Agonia que me deixa tensa.*  
*Agonia dos problemas da vida.*  
*Agonia que me deixa paranóica.*  
*Agonia de uma vida de solidão.*  
*Agonia gerada dentro de uma vida enferma.*  
*Agonia, Agonia etc.*

Através da produção de seus textos em forma de poesias, essa paciente consegue expressar com pobreza de conteúdo (frases repetitivas) os seus sentimentos de profunda angústia e medo. O texto exhibe o teor psicopatológico mostrado pelo próprio título e o estado de inquietação em que ela se encontra. A confusão mental surge quando ela relata a situação de que “algo” se modificou nela mesma, ao perceber-se diferente do que era antes e não consegue identificar a causa dessa modificação.

Parece sentir-se presa ao seu desestruturado mundo e essa situação pode ser vista também em suas produções posteriores, pois sempre abordava a terapeuta, solicitando papel e caneta para escrever.

## **Paranóia**

*“Vozes que me atormentam muitas vezes levando à loucura”.*

Apesar de conseguir localizar a época dessa modificação, ela não sabe porque ou como isso aconteceu, indicando que a consciência de sua “identidade do eu” foi atingida, revelando sua perplexidade diante da vida.

Queremos anotar ainda, o caso de uma outra paciente, que diariamente nos solicita papel para escrever nos atendimentos individuais ou grupais. Através dessa atividade gráfica, em que ela consegue expressar toda a desestruturação do seu pensamento, ocasião em que solicita seja fechada a porta do recinto, porque nos seus delírios persecutórios acredita que alguém vai entrar para agredi-la. Após colocar-se, parece aliviada, entregando para a terapeuta os conteúdos que conseguiu manifestar: frases sem nexos, resultado da confusão mental que retrata sua dissociação.

## **2º caso:**

Um paciente que se encontrava em estágio avançado da doença, apresentando um quadro de despersonalização com acentuado empobrecimento da sua vida psíquica, permanecia sentado nos corredores do hospital em seu quase mutismo, só conseguia comunicar-se por meio de desenhos pobres ou de frases soltas esporadicamente, só depois de muito incentivo da terapeuta. Mesmo quando abordado, continuava olhando ao longe, com seu olhar vago, dando-nos a impressão de que a sua vida psíquica se encontrava amortecida, como se não vivesse mais, mostrando uma “forma espectral”, pois a doença indicava ter esvaziado todos os seus conteúdos anímicos, não restando nada deles.

Esse fechamento em si mesmo, parece-nos decorrer



de um medo intenso de lidar com as pessoas, era como se estivesse vendo-se apertado pela barreira alienante de sua vida, por isso permanecia ensimesmado.

Quase nunca conseguimos penetrar no seu mundo, por mais que nos esforçássemos. Certa feita, no Posto de Enfermagem, comentava-se que o paciente aguardava consulta clínica, pois suspeitavam otalgia, porque ele insistia em permanecer com os dedos enfiados dentro dos ouvidos. Foi quando, olhando para ele, dissemos: “*Quem sabe ele ouve vozes, por isto insiste tanto em tampar seus ouvidos*”. Pela primeira vez, o paciente ergueu o rosto e firmou seu olhar na terapeuta, sinalizando que estava sendo entendido. Por certo, usava seus dedos querendo impedir a propagação das “vozes” que o atormentavam, ficando horas na mesma posição.

Tudo o que conseguimos dele nas sessões terapêuticas foram traçados sem continuidade, significativos da redução do seu impulso vital ou raras tentativas de efetuar rostos de figuras humanas que ele representava com faces nuas, linhas finas, sem quaisquer características que as individualizasse, confirmando seu processo de despessoalização e diminuição dos seus afetos. Suas representações não continham traços de calor, eram figuras sem alma, sem nenhum elemento que as identificasse, que além do primarismo do traçado, denotava ainda uma indefinição sexual.

Por outro lado, encontramos em algumas produções de pacientes psicóticos, a “desestruturação” de suas personalidades, mostradas em desenhos cuja temática é a “casa”, em que constatamos o seu rompimento com a realidade, próprio dos seus quadros patológicos. Já nos desenhos de “árvores”, percebemos a fragilidade egóica, que vem explicar

a intolerância às frustrações, caracterizando seus comportamentos de ansiedade diante dos problemas da vida, que eles não conseguem mais resolver. Nessas árvores vemos ainda a pobreza dos seus afetos (árvores secas, sem vida), que marcam o seu embotamento afetivo ou ainda a agressividade latente em seu ser, através das características espinhosas e sem frutos.

## 2. REFLEXÕES

Partindo do princípio de que o desenho fala pelo indivíduo, vemos que este trabalho em grupo pode favorecer a simulação de situações reais de vida para o paciente, além de possibilitar a inter-relação do indivíduo. Pelo processo terapêutico que é re-educativo, eles aprendem novas maneiras de lidar com os seus próprios sentimentos: experienciam “falar de si”, esperam a sua vez para colocar-se e têm coragem de expor suas idéias, já que os outros fazem junto com ele a mesma tentativa.

As pinturas livres podem proporcionar aos pacientes a projeção dos seus próprios dilemas, seus conflitos de alma ou a sua problemática atual, vista sob o seu “próprio olhar”. É o respeito pelos conteúdos internos do paciente, expostos na sessão terapêutica, que vão garantir-lhe a segurança para poder falar.

Já nos grupos de tarefas conjuntas, temos tentado desenvolver modos integrativos de reconstrução das vivên-

cias desses pacientes, favorecendo o desenvolvimento de novos estilos criativos de resolução dos seus problemas, quando todos os elementos do grupo são convocados a oferecer sugestões sobre o “problema emergido” que o paciente sózinho não consegue resolver.

Tentamos ainda consolidar experiências transferenciais com o paciente, propondo-lhe uma melhor compreensão da doença, tentando fazê-lo abandonar o conceito de “entidade segregada” impingido pela família e pela sociedade que o marginaliza, quando asseguramos com ele as possibilidades de suas realizações na Terapia Ocupacional.

Essa experiência transferencial ainda pode ser exercitada quando o paciente expressa o seu modo de ver a crise que demandou sua vinda para o hospital e que representa o deslocamento do problema familiar, porque “na sua casa já não tem mais lugar para ele”. É quando o terapeuta se torna alvo das projeções do paciente e vivendo com ele esse “seu momento”, sendo o seu “suporte neutro” capaz de ajudá-lo.

Nesse sentido, o papel do terapeuta tem sido o de proporcionar uma “desamarração” das manifestações patológicas familiares, proporcionando a “escuta” das necessidades do doente, permitindo-lhe nomear aquilo que lhe é insuportável no outro e nele mesmo, redimensionando com ele suas vivências de dor, possibilitando-lhe a interlocução com o seu “mundo particular”.

Pela capacidade de simbolização, ele poderá expressar seus conteúdos psíquicos, mobilizando a sua criatividade e objetivando imagens para que o seu inconsciente aflore através da função catártica da arte.

Parece que este trabalho tem permitido ao paciente redimensionar sua problemática para poder voltar ao lar, onde ele causou tantos danos e aumentar suas imagens de expressão que podem auxiliá-lo no seu tratamento na medida em que o seu auto-conceito é trabalhado e re-organizado.

Foram os depoimentos dos próprios pacientes no fechamento dos trabalhos de grupo, que asseguraram essas novas reflexões:

*“Eu não estava muito bom, mas insisti em ficar no grupo e melhorei. É melhor aqui, do que ficar lá fora pensando”* (D: abril, 98).

*“O grupo me ajudou a melhorar, fico muito nervoso, me sinto abafado”* (A: abril, 98).

*“O trabalho mais organizado, que tem determinação final, é bom”* (março/98). (A: março, 98).

*“Eu senti mais alegria na cabeça, estou mais absorvido”* (J: abril, 98).

E a última internação:

*“Já mais elevada a criatividade”* (J: maio/98).

*“A gente faz isso para melhorar”* (M.F. maio/98).

Com as especializações, o objetivo da ciência tem sido de decompor o fenômeno para poder conhecê-lo e compreendê-lo. Contudo, o grande desafio da Psiquiatria é o inverso de aglutinar o Bio, o Psico e o Social, pois, oferecendo todas as oportunidades de tratamento possíveis, estamos buscando com o paciente aquilo que é melhor para ele.

A Terapeuta Ocupacional ainda faz as seguintes

observações sobre esse trabalho:

Os pacientes estão fazendo tentativas com atividades:

- se organizando melhor em grupos;
- saem do local, mas voltam, estabelecendo vínculo com o grupo e com o trabalho;
- procuram o setor diariamente, por livre vontade;
- relatam sentir-se melhor;
- produzem mais;
- escutam e prestam atenção nos demais pacientes.

Portanto, a doença não pode ser alterada de maneira apreciável, mas a utilidade e o desempenho ocupacional do paciente pode ser aumentada.

### 3. BIBLIOGRAFIA

- DRACH, A. R.; HOJAIJ, R. Três fases da esquizofrenia. *Informação Psiquiátrica*, 12 (2) 45-49, 1993.
- NEIVA Jr., E. *A imagem*. São Paulo : Ática, 1986.
- REVIÉRE, Henrique P. *O processo grupal*. São Paulo : Martins Fontes, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Teoria do vínculo*. São Paulo : Martins Fontes, 1970.
- SILVEIRA, N. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro : Alhambra, 1981.