

UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

**ESQUIZOFRENIA: O OLHAR E O MANEJO DO ACOMPANHANTE
TERAPÊUTICO**

ADRIANA CAMILA MAGNABOSCO

ARAÇATUBA
2006

UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

ADRIANA CAMILA MAGNABOSCO

**ESQUIZOFRENIA: O OLHAR E O MANEJO DO ACOMPANHANTE
TERAPÊUTICO**

Trabalho de conclusão apresentado para
Disciplina de Acompanhamento Terapêu -
tico, do 10º semestre sob a orientação da
Profª. Esp. Simone Pantaleão Macedo

ARAÇATUBA
2006

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	01
Acompanhamento Terapêutico.....	07
Um novo olhar terapêutico.....	09
II. OBJETIVOS.....	10
III. MÉTODOS.....	11
Participantes.....	11
Instrumentos.....	12
Procedimento.....	12
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
Avaliação Inicial.....	14
Intervenção Terapêutica.....	14
Avaliação Final.....	16
V. CONCLUSÕES.....	18
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
VII. ANEXOS.....	21

MAGNABOSCO, A. C.; MACEDO, S. P. Esquizofrenia: o olhar e o manejo do acompanhante terapêutico. Araçatuba, 2006, 20 p. Trabalho de conclusão da disciplina de Acompanhamento Terapêutico – Curso de Psicologia, Universidade Paulista.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo, inicialmente, explicar o conteúdo referente ao transtorno esquizofrênico, tendo por finalidade descrever esta patologia, bem como seus conceitos, evolução e tratamento. Em um segundo momento, trata também do estudo de caso de um paciente em tratamento, utilizando o trabalho desenvolvido por um Acompanhante Terapêutico (AT), visando conhecer e compreender o transtorno esquizofrênico, demonstrar o olhar e o manejo da proposta do AT, compreendendo assim as intervenções, o desenvolvimento da terapia e as ressignificações alcançadas pelo paciente referente à conscientização da doença e do tratamento.

Palavras-chave: Esquizofrenia, acompanhante terapêutico.

I. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia deriva de uma das formas da loucura da psicose. O termo psicose foi introduzido em 1845 pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), substituindo o vocábulo loucura e definindo os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica, designando como um conjunto das chamadas doenças mentais, sendo elas orgânicas (paralisia geral) e nas formas mais modernas como esquizofrenia, paranóia e psicose maníaco-depressiva.

O termo foi retomado e conceituado por Sigmund Freud a partir de 1894, designando a reconstrução inconsciente por parte do sujeito de uma realidade delirante ou alucinatória, pautada numa concepção do sujeito que se organiza em torno da idéia de alucinação e perda da razão.

Em 1911, Freud lançou suas “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*Dementia paranoides*)”, obra que contribuiu para definir a psicose como um distúrbio entre o eu e o mundo externo, definindo-a como a reconstrução de uma realidade alucinatória na qual o sujeito fica unicamente voltado para si mesmo, numa relação sexual auto-erótica, tomando literalmente o próprio corpo ou parte deste como objeto de amor, sem alteridade possível.

A esquizofrenia é um transtorno heterogêneo e crônico, de causa desconhecida, caracterizada pela presença de sintomas psicóticos, causando prejuízo significativo do funcionamento das funções psíquicas, principalmente emoções, pensamento e comportamento.

O termo esquizofrenia significa “mente cindida”, foi criado por Eugen Bleuler, psiquiatra suíço em 1911, para definir uma doença psíquica caracterizada pela cisão das mais diversas funções psíquicas, como o pensamento, o afeto, a vontade e o sentimento subjetivo da personalidade.

Outros psiquiatras da época como Emil Kraepelin sugeriu o nome de “demência precoce”, e “parafrenias” preferido por Freud, onde o doente, quase sempre jovem, homem ou mulher, mergulhava sem nenhuma razão aparente, em tamanho estado de estupor e delírio, parecendo perder definitivamente o contato com a realidade.

Bleuler em (1911), criou a palavra esquizofrenia para integrar o pensamento freudiano no saber psiquiátrico, pois ao seu ver, somente a teoria do psiquismo elaborada por Freud permitia a compreensão dos sintomas dessa loucura. Sua concepção era que as idéias de

personalidade, eu e relação do sujeito com o mundo interno e externo, desempenhavam um papel considerável, pois englobavam todos os distúrbios ligados a dissociação primária da personalidade.

Este transtorno causa múltiplas deficiências, produzindo um impacto em todas as esferas do funcionamento da vida.

Surgimento:

A idade média de surgimento da esquizofrenia normalmente seria o fim da adolescência e início da vida adulta, e devido às exacerbações dos sintomas, requer hospitalizações breves no decorrer de toda a vida.

Conforme Caballo (2003), embora a prevalência da doença seja semelhante em homens e em mulheres, estas parecem ter uma vantagem sobre os homens, pois apresentam um adoecimento mais tardio e um curso mais leve do transtorno, resultando em menos tempo de internação e um melhor funcionamento social.

Segundo Gattaz (2005), experimentos sugerem que os hormônios sexuais femininos (estrógenos) poderiam contribuir para essa vantagem.

A esquizofrenia pode desenvolver-se gradualmente e dificultar que pessoas próximas percebam que algo está errado, ou então de forma abrupta, em questão de poucas semanas ou mesmo de dias. Não há uma regra fixa quanto ao modo de início, podendo começar repentinamente e eclodir em uma crise exuberante, ou iniciar lentamente sem apresentar mudanças extraordinárias, e somente depois de alguns anos surgir uma crise característica, (Giacon & Galera, 2004).

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta.

Causas:

As causas da esquizofrenia ainda não foram totalmente elucidadas, supõe que se trata de uma síndrome com diferentes etiologias, sendo uma doença universal, ocorrendo em todos os povos e culturas com incidência semelhante.

A partir de estudos e descobertas realizados na década de 70, estudiosos afirmam, que a esquizofrenia é uma doença do cérebro com manifestações psíquicas tendo uma base hereditária.

Segundo Gabbard (1998), estudos realizados por Kendler (1987); Schulsinger et al (1988), demonstram que a esquizofrenia é uma doença com substrato biológico. As evidências estudadas por Robbins (1992), sugerem ser uma doença que envolve uma predisposição genética, não descartando a contribuição de fatores ambientais e psicológicos para o seu desenvolvimento.

Os fatores ambientais que podem gerar problemas podem estar relacionados com a gestação, no período de desenvolvimento embrionário do cérebro, no parto, ou nos primeiros dias de vida da criança, pois neste período ocorre uma seqüência de modificações no cérebro, e é neste período que o cérebro fica mais vulnerável para o desenvolvimento da doença.

Vários estudos realizados com familiares mostraram uma correlação linear e direta entre o grau de parentesco e as chances de surgimento da esquizofrenia, a concordância em gêmeos monozigóticos (48%) é significativamente maior que a encontrada em gêmeos dizigóticos (17%), as estimativas de herdabilidade variam entre 60% e 70%, levando em conta os fatores ambientais em comum, o que leva a hipótese de herança poligênica (Chowdari & Nimgaonkar, 1999).

Pessoas sem nenhum parente esquizofrênico têm 1% de chances de virem a desenvolver a patologia, com algum parente distante essa chance aumenta para 3% a 5%, em relação a um pai ou mãe aumenta para 10% a 15%, com um irmão com esquizofrenia as chances aumentam para 20%, se o outro irmão possuir o mesmo código genético as chances de desenvolver a doença será de 50 a 60%.

Segundo estudos mais atualizados, conforme artigo publicado em Serviços de Saúde – Lincx (2006), ocorre alteração no cérebro de pessoas portadoras do transtorno esquizofrênico. Estas alterações podem ser visualizadas por exames como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética.

Este estudo relata que ocorre no cérebro do sujeito, alterações ou desequilíbrio de neurotransmissores, principalmente o dopamina e a serotonina, esses desequilíbrios seria o responsável pelas manifestações da esquizofrenia.

Sintomas:

A esquizofrenia é uma doença heterogênea e com manifestações clínicas que se modificam rápida e facilmente.

Segundo o DSM-IV - TR, (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), a esquizofrenia é um misto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos, quanto

negativos), que persistem pelo período mínimo de seis meses, e devem incluir pelo menos dois dos sintomas positivos no período de um mês (APA, 2002).

Na classificação F20 do CID-10, (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento), os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afeto inadequado ou embotado, mantendo-se usualmente a consciência clara e a capacidade intelectual, podendo surgir certos déficits cognitivos no curso do tempo, (Caetano, 1993).

A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo.

Segundo Gabbard (1998), estudos realizados por Strauss et al (1974) mostraram que nas últimas décadas os sintomas da esquizofrenia foram classificados em três grupos como: sintomas positivos ou produtivos; sintomas negativos ou deficitários, e relacionamentos pessoais desordenados. Conforme DSM-IV- TR, os sintomas característicos abrangem:

I. Sintomas Positivos:

- Distúrbios do conteúdo do pensamento (delírios – interpretação errônea das informações, que podem sugerir perigo ou dano. Delírios persecutórios, bizarros e de identidade).
- Distúrbios da percepção (alucinações – ouvir vozes sem um estímulo. Geralmente são vozes que depreciam, humilham, xingam e ordenam).
- Manifestações comportamentais (impulsividade, comportamentos bizarros, catatonia e agitação).

Estes sintomas representam distorções ou exageros das funções cognitivas ou emocionais normais. Os delírios e as alucinações são classificados como representantes de um contexto psicótico.

II. Sintomas Negativos:

- Alogia (empobrecimento da linguagem e do pensamento).
- Embotamento afetivo (diminuição na habilidade de expressar-se emocionalmente).
- Anedonia (inabilidade de experimentar prazer, perda de interesse pela interação social).
- Avolição (diminuição da vontade).
- Autonegligência.
- Lentificação psicomotora.

Estes sintomas são decorrentes das perdas cognitivas e afetivas causadas pelos surtos de sintomas positivos, sendo mais frequentes quanto maior o tempo de doença.

Os sintomas negativos tendem a impedir que os pacientes esquizofrênicos mantenham relacionamentos familiares normais, frequentem escolas, mantenham um emprego, formem amizades e relacionamentos íntimos, mantenham habilidades do cuidado de si mesmo e da sua higiene pessoal.

Segundo Caballo (2003), a deterioração no funcionamento social é uma característica da esquizofrenia que muitos sistemas diagnósticos requerem para estabelecer o diagnóstico esquizofrênico.

III. Relacionamentos pessoais desordenados:

- Isolamento.
- Expressões inadequadas de agressão e sexualidade.
- Falta de consciência das necessidades dos outros.
- Solicitações excessivas.
- Incapacidade de fazer contatos significativos com outras pessoas.

Estes sintomas tendem a se desenvolver ao longo do tempo e incluem uma série de dificuldades interpessoais tão variadas quanto à variação da personalidade humana. Esta categoria segundo Gabbard (1998), é definida de forma menos rigorosa que as outras pelo fato de que todo paciente essencialmente esquizofrênico luta com problemas nas relações interpessoais.

Quanto às considerações dinâmicas o aspecto útil entre esses três modelos, ou seja, sintomas positivos, sintomas negativos e relacionamentos pessoais desordenados, é o fato do paciente poder mudar de grupo durante o curso da doença, pois as manifestações são distribuídas em categorias em qualquer tempo, permitindo que o tratamento possa ser ajustado de acordo.

Tratamento:

A avaliação e a assistência ao paciente esquizofrênico devem ser realizadas pelo médico psiquiatra e por equipe multiprofissional. O diagnóstico é feito por meio do quadro clínico, conforme o conjunto de sintomas que o paciente apresenta e a história como esses sintomas foram surgindo e se desenvolvendo. Não existe nenhum tipo de exame laboratorial que permita confirmar a doença, (Serviços de Saúde – Lincx, 2006).

Existem critérios pré-estabelecidos como ponto de partida conforme prescreve o DSM-IV e o CID 10, que colaboram para a realização de um diagnóstico mais preciso.

O tempo de prevalência da doença e a demora na procura do tratamento podem influenciar no prognóstico, pois os sintomas tornam-se mais intensos, implicando em maior tempo de tratamento psicofarmacológico.

Uma intervenção adequada envolve o tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família.

Tratamento farmacológico:

O tratamento farmacológico é extremamente importante e consiste no uso de medicamentos antipsicóticos. A duração do tratamento farmacológico está relacionada ao prognóstico da doença, e o tipo de tratamento consiste no uso freqüente de medicamentos chamados neurolépticos.

Os sintomas positivos da esquizofrenia normalmente respondem aos efeitos da medicação antipsicótica, porém os sintomas negativos costumam ser estáveis ao longo do tempo e tem uma menor resposta aos fármacos (Gabbard, 1998).

Os antipsicóticos dividem-se em dois tipos de drogas: os antipsicóticos típicos ou convencionais e os atípicos.

Os antipsicóticos típicos ou convencionais são antagonistas da dopamina, resultando na diminuição dos sintomas positivos como delírios, alucinações, e na produção de efeitos colaterais. O uso prolongado e inadequado dessa medicação contribui para uma disfunção crônica e irreversível chamada discinesia tardia (extrapiramidal), esses efeitos colaterais são um dos fatores que contribuem para a não-adesão ao tratamento psicofarmacológico.

Os antipsicóticos atípicos ou recentes inibem receptores de dopamina e serotonina melhorando os sintomas positivos e ajudando no tratamento de sintomas negativos sem efeitos extrapiramidais significativos.

Os principais medicamentos são Clozapina, Risperidona e o Olanzapine, esses são antipsicóticos de nova geração que parecem causar maior impacto sobre os sintomas negativos, possibilitam doses mais baixas, e conseqüentemente menores efeitos colaterais. Para o início do tratamento não é recomendado o uso da clozapina, pois esse medicamento possui efeitos colaterais mais agravantes (Giacon & Galera, 2004).

O tratamento farmacológico deve ser mantido, pelo menos durante os dois primeiros anos, após o primeiro surto para controlar uma recaída mais violenta. O paciente e a família

devem ser orientados sobre os perigos do uso/abuso do medicamento prescrito (Giacon & Galera, 2004).

A aderência ao tratamento inclui a participação familiar em relação à forma e o controle da medicação, colaborando para uma maior qualidade de vida do doente e de sua família.

A prescrição de medicamento antipsicótico deve ocorrer juntamente com uma aliança terapêutica para garantir uma melhora significativa e a remissão dos sintomas do transtorno esquizofrênico.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)

O trabalho de acompanhante terapêutico (AT), recebeu diversas nomenclaturas desde sua trajetória inicial na saúde mental, até ser conhecido mundialmente com o termo atual: Acompanhante Terapêutico.

Segundo Mauer e Resnizky (1987), o nome foi inicialmente denominado de “auxiliares psiquiátricos”, “atendentes terapêuticos”, sofrendo modificações através de Kalina, onde este denominou de “amigo qualificado”.

Ocorreu posteriormente a substituição do termo “amigo qualificado”, através da experiência clínica das pessoas que atuavam nesta função, pois se notou que se acentuava o componente amistoso do vínculo, e com a atual denominação acentuou-se o que de terapeuta tem este tipo de função assistencial, delimitando melhor a tarefa e fortalecendo o sentido intencional do vínculo (Mauer & Resnizky, 1987).

É correto afirmar que o acompanhante terapêutico não é um amigo, ainda que possa estabelecer laços afetivos muito fortes com o paciente, entretanto este profissional faz parte de uma equipe psicoterapêutica, ou seja, uma equipe integrada por um terapeuta, administrador psiquiátrico se for necessário, um ou mais acompanhantes terapêuticos, sendo imprescindível haver grupos operativos de estudo, reflexão e supervisão.

Surgimento:

O trabalho de Acompanhante Terapêutico começa a tomar forma em meados da década de 70, na Argentina. Nesta época seu desenvolvimento teve origem no âmbito da prática privada e alguns profissionais de Saúde Mental passaram a exercer novas funções, em sintonia com os movimentos de não confinamento dos pacientes psiquiátricos (Mauer & Resnizky, 1987).

Faz pouco tempo que as instituições estatais começaram a incorporar acompanhantes terapêuticos em seus serviços de psicopatologia. A missão do acompanhante terapêutico encontra sua origem numa concepção psiquiátrica dinâmica, oposta a prática clínica que confina o enfermo mental com o rótulo de louco, afastando-o de sua família e da comunidade (Mauer & Resnky, 1987).

Este trabalho se desenvolve a partir da concepção de se poder enxergar a enfermidade mental junto com o enfermo, significando aquilo que o sujeito expressa, avaliando a interação do mesmo em diferentes contextos.

O acompanhamento terapêutico se destina a indivíduos em uma condição de sofrimento psíquico intenso, como por exemplo: pessoas diagnosticadas com transtornos psicóticos (paranóia, esquizofrenia, mania e melancolia), transtornos mentais graves (depressões, síndromes do pânico, anorexia e bulimia, toxicomania e outras situações de crise); bem como a sujeitos que se encontram privados total ou parcialmente, de uma livre e mais criativa circulação social e formação de laços sociais.

Proposta de trabalho do Acompanhante Terapêutico:

A abordagem do trabalho do acompanhante terapêutico é denominada terapia de abordagem múltipla, atingindo grupos de pacientes severamente perturbados e comprometidos. O acompanhante terapêutico trabalha com a idéia de abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida diária, criando junto com o paciente um meio ambiente terapêutico.

Esta proposta de trabalho se diferencia do trabalho terapêutico realizado em clínicas, pois o terapeuta vai ao encontro do paciente onde ele estiver, trabalhando suas dificuldades e possibilidades, seja na rua, em casa, em local de trabalho, em clubes, cinemas, etc, (Mauer e Resnizky 1987). Este profissional tem a possibilidade de trocar papéis *in loco*, e trabalhar conteúdos do paciente e de seu eu, a fim de promover seu desenvolvimento, adequando-o às normas sociais, promovendo a autonomia, a liberdade, e o restabelecimento psíquico interno e externo do sujeito.

O trabalho do acompanhante terapêutico ocorre conforme a demanda do paciente, onde o terapeuta estabelece o foco, incidindo diretamente no cerne do problema, a partir da própria singularidade do sujeito.

O acompanhante terapêutico procura fornecer ao sujeito experiências que possam resignificar sua história de vida, no âmbito afetivo, inter-relacional e social.

O enfermo mental é um ser humano que sofre, um dos pontos chave do trabalho do acompanhante terapêutico é ouvir e compreender esse paciente, olhando o significado do sintoma, ou seja, o que está por de trás, ajudando-o a ressignificar este sintoma, oferecendo ao mesmo, experiências que possam suprir determinadas fendas no seu próprio eu.

UM NOVO OLHAR TERAPÊUTICO

Segundo Mauer e Resnky (1987), o acompanhante terapêutico deve dissociar-se para se relacionar com o paciente e manter um distanciamento crítico, para que permita observar e avaliar a situação. Deve tornar-se um promotor de tarefas, capaz de conter, acolher, acompanhar e pensar com o paciente.

Os mesmos autores afirmam que o acompanhante terapêutico tem como funções: conter o paciente, ou seja, deve oferecer-se como suporte, acolhendo-o, acompanhando-o em sua ansiedade, angústia, medos, desesperança e também naqueles momentos de maior equilíbrio.

Deve oferecer-se como modelo de identificação, pois ajuda o paciente a aprender, a esperar, oferecendo a possibilidade de adquirir por identificação, mecanismos de defesa mais adaptáveis.

Deve emprestar o “ego”, ou seja, auxiliar o paciente até que ele consiga agir por si só, assumindo por ele determinadas funções, tomando decisões, em situações em que seu ego se encontre debilitado, e não consegue desempenhar naquele momento.

O acompanhante terapêutico deve perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente. Deverá perceber as capacidades manifestas e latentes do paciente e propor-lhe tarefa de acordo com seus interesses, ajudando-o conseqüentemente a reencontrar-se com a realidade e com o mundo dos objetos (Mauer & Resnky, 1987).

Também é trabalho do acompanhante terapêutico, informar ao paciente sobre o mundo objetivo, estabelecendo um contato cotidiano com este, acompanhando-o em seu cotidiano, observando seu comportamento, seus vínculos com familiares, ou o tipo de pessoas com quem prefere se relacionar, suas emoções, condutas de cuidados pessoais, como alimentação, sono e higiene.

O acompanhante terapêutico, por trabalhar em uma abordagem múltipla deve acompanhar o paciente em suas atividades diárias, ampliando sua ação, o que não se restringe ao “aqui e agora” da sessão.

Deve atuar também como agente ressocializador, ou seja, retomar o paciente em conexão com o mundo que o rodeia, facilitando-lhe o reencontro com atividades rotineiras, de

forma gradual, reabilitando-o para voltar a exercer funções normais de seu cotidiano (Mauer & Resnky,1987).

O agente funciona também como catalisador das relações familiares, contribuindo para aumentar e facilitar as relações do paciente com sua família, proporcionando uma adaptação mais positiva e uma melhor organização do grupo.

II. OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo: conhecer e compreender o transtorno esquizofrênico, surgimento, causa, sintomas e tratamentos, demonstrar o olhar e o manejo da proposta de trabalho do Acompanhante Terapêutico, compreender as intervenções, o desenvolvimento da terapia fora do *setting* terapêutico, e as resignificações no tratamento da esquizofrenia.

III. MÉTODO

O referido trabalho trata-se de um estudo bibliográfico, através da análise de livros-texto, artigos científicos, compreendendo a leitura, seleção, fichamento, e arquivo dos tópicos de interesse para a referida pesquisa.

Esse estudo enfoca a evolução histórica do conceito de esquizofrenia, curso e prognóstico, a definição do AT e o papel por ele desempenhado, assim como as intervenções, o foco, técnicas trabalhadas, curso e evolução do caso.

Participante

Foi participante deste estudo L.R.F.S, sexo masculino, 19 anos, ensino médio completo, curso técnico de farmácia incompleto. Diagnosticado com transtorno esquizofrênico, utiliza medicação (Resperidona).

Queixa principal

A procura pelo atendimento psicológico se deu pela mãe, devido ao diagnóstico de esquizofrenia. Segundo a mãe, o paciente apresentava nesta época delírios persecutórios, manifestações comportamentais como agitação, perda de interesse pela interação social (anedonia), isolamento, necessitando cessar os estudos .

Histórico de vida

O paciente é o filho mais velho de uma família de três filhos. Segundo relatos da mãe, o filho sempre foi tranquilo, estudava curso técnico de farmácia e trabalhava em uma empresa de medicamentos.

A mãe relata que há em sua família um irmão diagnosticado com esquizofrenia e pela família de seu ex-marido, duas cunhadas com o mesmo problema. Segundo a mesma, seu ex-marido assim que se casaram apresentou uma crise, porém essa nunca mais se manifestou.

Antes do início da patologia, o paciente morava com o pai e a avó paterna enquanto trabalhava e estudava, dizia ter amigos no bairro, encontrava-se com estes na rua para jogar futebol e às vezes saíam juntos em passeios. Atualmente não reside mais com o pai e seu relacionamento com este é estabelecido através de encontros esporádicos e um vínculo distante, sem demonstração de afeto e carinho.

No momento do atendimento, o paciente morava com o padrasto, dois irmãos, avó materna e com a mãe. E com esta o paciente se identifica dizendo ser uma mãe carinhosa, acolhedora e amorosa.

O paciente mantinha comportamentos de isolamento, desinteresse em realizar e manter relações sociais. Passava a maior parte do tempo em casa e no quarto da mãe, não tinha ânimo, disposição e vontade para fazer nada.

Dentre as atividades que realizava durante a semana, as principais eram: assistir TV, ouvir programas e músicas gospel pelo rádio, comentava que desejava estudar, porém passava poucas horas dedicadas a este fim.

O paciente fazia muita confusão em relação ao desejo de se profissionalizar, pois ora comentava que tinha interesse em cursar farmácia, depois em estudar biomedicina, e que gostaria de concorrer a uma bolsa de radiologia.

Apresentava discurso desorganizado, relatando sobre um amor, S., dizendo que a conhecia desde a infância. Comunicava-se com ela através de cartas, sem nunca receber retorno das mesmas, segundo o mesmo, a comunicação ocorria por intermédio de um programa de rádio gospel, onde um pastor lia mensagens de ambos, os quais ele decifrava o significado e identificava como sendo de S., sendo que as mensagens eram escritas em trechos bíblicos.

Referia-se a S. como um caso complicado, utilizava a mãe como intermediária, pois lhe entregava as cartas endereçadas a S. O paciente apresentava-se nervoso e impaciente diante da declaração da mãe em dizer que não poderia entregar as cartas por ele escritas, pois lhe explicava que não tinha conhecimento da existência de S. e que esta poderia ser uma pessoa imaginária.

Instrumentos:

Para a realização do presente estudo foram utilizados alguns instrumentos como: entrevistas semidirigidas com o paciente e com a mãe, orientação e informação a respeito da patologia, seus sintomas, evolução e aderência ao medicamento, jogos lúdicos com o objetivo de entretenimento, e passeios como recurso do trabalho do AT, com o objetivo inicial de tirar o paciente de dentro do quarto, e posteriormente promover uma reorganização das relações sociais, da autonomia e liberdade.

Procedimento:

Até o momento foram realizadas 25 sessões com duração de 60 minutos cada sessão.

O trabalho com o paciente se desenvolve a partir da concepção de se poder enxergar a enfermidade mental junto com o enfermo.

Para este fim procurou-se dar significados aquilo que o paciente expressa, avaliando sua interação em diferentes contextos.

A abordagem do trabalho terapêutico é uma abordagem, múltipla, onde o acompanhante se desloca para ir de encontro ao paciente. No início houve a necessidade de emprestar o ego para auxiliar o paciente, assumindo determinadas funções e tomar decisões.

Neste trabalho percebeu-se que o posicionamento que o *setting* do AT proporcionou ao paciente possibilitou o acolhimento, pois o método de trabalho permite que a pessoa entre no mesmo nível hierárquico, o que desmistifica e possibilita uma maior aproximação entre ambos.

Foi trabalhado com o paciente, dificuldades e possibilidades, direcionando este trabalho através de procedimento de entrevistas, escuta, acolhimento, orientação e informação sobre a patologia e seus sintomas, como também foi possível a realização de atividades diversas como utilização de jogos lúdicos e filmes, passeios na rua, na igreja, no ginásio de esportes, sorveteria e praça, e no ramo profissional foi preparado um curriculum para o ingresso do paciente no mercado de trabalho.

Foram trabalhados também com o paciente, conteúdos do seu eu, a fim de promover seu desenvolvimento adequando-o às normas sociais, promovendo assim uma maior autonomia, liberdade, estabelecimentos de vínculos de amizade, participação em atividades físicas e de lazer, aumento da auto-estima e desmistificações de crenças disfuncionais. No aspecto físico foi enfocada a vaidade pessoal, como fazer a barba, e cortar o cabelo.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação Inicial:

Neste primeiro momento foi possível perceber que o paciente apresentava baixo repertório de atividades cotidianas, mostrava-se deprimido permanecendo por várias horas no escuro dentro do quarto da mãe. Isolava-se a maior parte do tempo de qualquer tipo de interação, possuía instabilidade de humor, diminuição do apetite, perda da auto-estima, diminuição da vontade (avolição), discurso desorganizado e confuso, embotamento afetivo, lentificação psicomotora, impaciência com os familiares, abandono dos estudos, inabilidades referente aos cuidados pessoais. Às vezes expressava comportamentos bizarros, composição corporal dura e fria e freqüentemente pestanejava o olho.

Dentre estes sintomas, foi percebido no paciente uma enorme dificuldade em tomar decisões, executar tarefas e organizar atividades que possibilitaria ao mesmo uma maior interação social.

Segundo relatos da família, o paciente queixava-se muito de ser obrigado a tomar medicamentos, tanto que no início do tratamento farmacológico simulava tomar o remédio, quando na verdade os jogava fora, aumentando assim determinados sintomas referentes ao transtorno.

Devido ao forte estado de apatia e desesperança do paciente neste primeiro momento, este acreditava não necessitar de tratamento psicoterápico e de um acompanhante terapêutico, recusando-se a permitir que o tratamento continuasse, o que felizmente não chegou a acontecer.

Intervenção Terapêutica:

Com o atendimento terapêutico em andamento, as duas primeiras sessões foram realizadas em seu quarto, e especificamente na segunda sessão o paciente se recusou a aderir ao tratamento e a aceitar o auxílio do acompanhante mostrando-se incomodado com o atendimento.

A partir desta situação foi discutido com o paciente o papel do acompanhante, em paralelo com sua necessidade de atendimento, proporcionando ao mesmo uma maior compreensão do trabalho proposto, visando aumentar suas possibilidades e capacidades para promover sua reabilitação no âmbito afetivo, inter-relacional, familiar e social.

As intervenções seguintes foram realizadas fora do quarto, onde o paciente ora recebia o acompanhante na sala ora o recepcionava no portão. Às vezes as sessões tinham como foco reorganizar sua história de vida e aliviar seus sofrimentos psíquicos restabelecendo-o com o ambiente externo e resignificando seus conteúdos internos.

No primeiro momento da intervenção terapêutica, o foco foi voltado para estabelecer com o paciente uma relação amistosa, fortalecendo o vínculo e ampliando a confiança, possibilitando através deste *setting* terapêutico, uma das funções primordiais deste trabalho, servir de ego auxiliar para aquele sujeito que se encontra fragilizado, limitado em sua capacidade de ir e vir, estabelecer escolhas e planejar trajetórias futuras.

Nas sessões subsequentes, tentamos conhecer a rotina de vida do paciente e possíveis interesses, como prática de atividades e também saber o que sentia vontade de realizar junto com o AT.

Com o decorrer dos atendimentos percebemos uma possível falta de recursos do paciente de repensar atividades de mudança em sua vida diária. Procuramos construir junto com o paciente a organização de uma vida mais saudável, ou seja, trabalhar com conteúdos para ampliar o seu potencial..

Diante deste quadro podemos pensar quão reforçador foi o estabelecimento do vínculo na relação e a possibilidade de construção junto com o paciente, permitindo expandir e estimular a capacidade de voltar o desejo e ter interesse em realizar algumas atividades.

Percebeu-se que o paciente se incomodava em precisar do outro, o AT, se propunha a praticar algumas atividades com o L, como auxiliá-lo a fazer a barba, ir ao médico psiquiatra, organizar seu quarto, limpar a casa, porém notamos que ele não aceitava que o AT entrasse em sua intimidade.

Foi possível operacionalizar com o paciente o sair de casa, caminhar, ir a igreja, sentar no banco da praça, tomar sorvete, ir ao ginásio, assistir jogo, etc.

Surge a partir da quinta sessão com o paciente, conteúdo relacionado a sua dinâmica psíquica, como relatos de envolvimento entre ele e S., um amor confuso e imaginário, que fazia parte de uma vivência desde a infância, a qual segundo o paciente mantinha uma rotina de escrever cartas, onde muitos dos conteúdos eram confusos e escrito em trechos bíblicos.

Entendeu-se que as cartas escritas eram destinadas a mãe, que supostamente servia ao paciente como intermediária para chegar até S., e que esta participava ao filho a impossibilidade de entregar as mesmas por não saber da existência de S.

Foi possível concluir que o paciente estabelecia padrão atípico de comunicação com a mãe através das cartas, além de pensarmos na sua atual impossibilidade de direcionar sua

libido para um objeto externo real, visto que suas personagens eram fictícias e irreais alimentando a relação dual e simbiótica estabelecida com a figura materna.

Percebeu-se também que os conteúdos das cartas diziam do desejo de relação entre um homem e uma mulher, porém sua escrita era permeada por momentos de confusão, onde fica clara a cisão do pensamento típico da esquizofrenia, quando o conteúdo emergente do conflito se aproxima do *self* do paciente.

A partir deste episódio, foi realizada a tarefa de fazer uma distinção da relação do paciente com a mãe, ocorrendo a participação da mesma onde ela pode falar sobre as cartas e revelar ao paciente que as mesmas nunca foram entregues a S., e que estes conteúdos faziam parte de uma fantasia criada por ele e reforçada pela atitude dela o que contribuiu para complementar e dificultar o desenvolvimento psíquico e social do paciente.

Tivemos por objetivo não alimentar mais as fantasias do paciente, orientando a comunicação da mãe para com o mesmo, concretizando o vínculo com o real, explicando que se ele quisesse continuar a escrever as cartas para S., ele poderia, mas que não envolvesse mais a mãe, e que esses seriam conteúdos criados por sua fantasia e que não faziam parte da sua vivência real.

Tornou-se possível a conscientização por parte do paciente em caracterizar seus conteúdos imaginários e reais, ampliando seu repertório de enfrentamento e adequando-o a realidade, permitindo assim com que ele comece a dirigir sua libido para o externo e a ter uma evolução na sua dinâmica psíquica.

Um dos momentos mais intensos do acompanhamento foi à intervenção frente ao diagnóstico da esquizofrenia e identificação do paciente com este transtorno. Ocorreu neste momento a conscientização da doença, esclarecimento sobre os sintomas, a importância do tratamento farmacológico, e do acompanhamento terapêutico, possibilitando assim a compreensão e aderência do paciente, visando proporcionar-lhe maior bem-estar e melhor qualidade de vida.

Ocorreu a reorganização psíquica do paciente e com o auxílio da relação do AT e do vínculo que se desenvolveu, foi possível verificar no paciente, capacidade de organizar-se em seu cotidiano, assumir responsabilidades, ampliar relações interpessoais, praticar lazer, diminuição de pensamentos voltados a conteúdos da fantasia, poder de decisão e percepção do mesmo em relação aos progressos alcançados no decorrer do trabalho terapêutico.

Avaliação final:

Foi possível trabalhar com o paciente a aderência ao medicamento, com gradual melhora dos sintomas positivos e negativos, organização social, promoção de desenvolvimento de atividades diárias, extinção de delírios, formação de laços sociais, prática de atividades esportivas, aumento da auto-estima, interesse por estudos e emprego, melhor relacionamento familiar e alívio no sofrimento psíquico.

A intervenção terapêutica contribuiu muito para acentuar o vínculo entre paciente e terapeuta, o que facilitou o trabalho com determinados conteúdos críticos.

Neste caso, as intervenções ocorriam objetivando oferecer ao paciente suporte, acolhimento, aumento de equilíbrio, compreendendo sua ansiedade e angústia, fornecendo-lhe ferramentas para proporcionar uma melhor reestruturação de seus pensamentos e sentimentos.

Nos últimos encontros, o paciente vem demonstrando progressos consideráveis em todos os aspectos da vida diária e conseqüentemente reencontro com a realidade e com o mundo externo.

Este acompanhamento terapêutico ocorreu até o momento em 25 sessões, o que significa que ainda estamos comprometidos com o atendimento, porém em fase final de tratamento psicoterápico.

V. CONCLUSÕES

Considerando que este caso se encontra em andamento e que os atendimentos passaram a ocorrer quinzenalmente a partir da 20ª sessão, afirmamos que o papel do acompanhante terapêutico é indispensável para auxiliar o paciente e sua família, na aceitação da doença, sua terapêutica e algumas limitações proeminente destas.

A finalidade da assistência terapêutica se dá para melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar a institucionalização. Com este trabalho foi possível conscientizar o portador da doença e seus familiares sobre a realidade de seus recursos e limitações, aumentando as defesas destes diante de situações de estresse, promovendo a autoconfiança, o apoio e maior capacidade de cuidados.

O acompanhamento terapêutico exerce junto ao paciente a promoção de saúde, fornecendo ao mesmo, experiências presentes no seu cotidiano de vida a partir de sua própria singularidade, possibilitando a construção das relações, a realização de projetos e novas alternativas para melhorar sua qualidade de vida.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, Porto Alegre: ArtMed, 2002, 880 p.
- BALLONE G. J. Perguntas mais comuns sobre esquizofrenia **Psiquweb Psiquiatria Geral**. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/esq.html>. Acesso em: 30 jul. 2006.
- CAETANO, D., **CID-10 – Classificação de transtornos mentais e de comportamento**, Porto Alegre, RS: ArtMed, 1993, 351p.
- CHOWDARI, K. V.; NIMGAONKAR, V. L. Esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.21, s.2 out. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 31 jul. 2006.
- GABBARD G. O. Esquizofrenia. In: GABBARD G. O. **Psiquiatria psicodinâmica – baseado no DSM-IV**, Porto Alegre, RS: ArtMed, 1994. 133-151 p.
- GATTAZ, W. Esquizofrenia. **Neurociências**, v:1.1, 2005. Disponível em: <http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Esquizofrenia>. Acesso em 27 jul. 2006.
- GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 40(2):286-91, 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 10 ago. 2006.
- LINCX – **Serviços de Saúde**. Esquizofrenia: é uma doença sim! Disponível em: http://www.lincx.com.br/lincx/saude_a_z/saude_mental/esquizofrenia.asp. Acesso em: 23 set. 2006.
- MAUER, S. K.; RESNIZKY, S., **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**, Campinas, SP: Papyrus, 1987, 23-103 p.
- MUESER K. T. Tratamento cognitivo-comportamental da esquizofrenia, In: CABALLO, V. E. **Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**, v. 1, Santos livraria e editora, 2003. 591-593 p.
- NICOLAU, P. F. M. Ensinando e aprendendo sobre esquizofrenia – Um programa educacional **WPA-ABP**. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br>. Acesso em: 30 jul. 2006.

- REISDORFER, S.; PHEULA, G. F. Transtornos Psicóticos. In SOUZA, J. C.; GUIMARÃES L. A. M.; BALLONE, G. J. **Psicopatologia e psiquiatria básicas**, São Paulo: Vetor, 2004. 17: 246- 258 p.
- ROUDINESCO, E; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, 874 p.
- SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia, **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, p 56-8, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a19v22s1.pdf#search=%22tratamento%20terapeutico%20para%20a%20esquizofrenia%22>, Acesso em: 23 set. 2006.

VII.ANEXO



Av. Baguaçu, 1939 – CEP 16063-700

PQ. Baguaçu – Araçatuba – SP

Fone: (0xx18) 3624-6767 Fax: (0xx18) 3622-7706

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO/AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ abaixo assinado, portador (a) do R.G _____, de livre e espontânea vontade, autorizo a utilização dos dados constantes no meu prontuário de atendimento psicológico, desta Instituição, em supervisões acadêmicas e em pesquisas documentais científicas que poderão ser apresentadas em eventos científicos e publicadas em revistas especializadas, desde que a minha identidade seja mantida em absoluto sigilo, bem como, qualquer dado de circunstâncias familiares e/ou sociais que possibilitem a minha identificação. Está assegurada a possibilidade de retirar, a qualquer momento, este consentimento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos à minha pessoa ou ao meu atendimento.

Araçatuba, ____/____/____

Assinatura do cliente