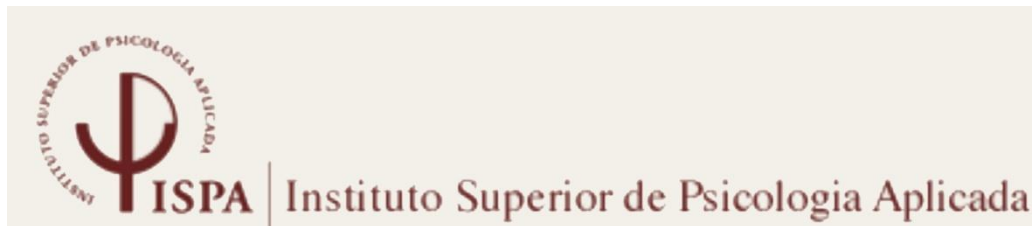


Instituto Superior de Psicologia Aplicada



FACES VÁRIAS DA APLICAÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA – UM PERCURSO

Luísa Alexandra Lopes Farinha

Nº 8466

Relatório submetido como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

NOME: Luísa Alexandra Lopes Farinha

Nº ALUNO: 8466

CURSO: Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Clínica

ANO LECTIVO: 2009

DATA: 7 de Dezembro de 2009

TÍTULO DO RELATÓRIO: Faces Várias da Aplicação da Psicologia Clínica – Um Percurso

RESUMO: A autora procura, neste trabalho ilustrar o seu percurso profissional após o término da licenciatura, procurando descrever as diversas actividades onde a Psicologia foi utilizada, começando pelo seu estágio profissional e as questões inerentes à avaliação psicológica (testes utilizados e elaboração de relatórios), passando pelo contexto da reabilitação enquanto técnica de reabilitação de doentes mentais (com todas as vicissitudes e como alternativa ao ambiente hospitalar) e, terminando na interacção entre a formação terapêutica psicodinâmica e a prática terapêutica propriamente dita.

Palavras-chave: *Avaliação Psicológica, Reabilitação, Psicoterapia e Formação Psicoterapêutica.*

ÍNDICE

1. O FIM DO CURSO E O ESTÁGIO CURRICULAR	P.1
2. O ESTÁGIO PROFISSIONAL VOLUNTÁRIO	P.2
2.1. BREVE DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESNVOLVIDAS	P.3
3. A REABILITAÇÃO	P.4
3.1. OBJECTIVOS DA ARIA	P.4
3.2. ÓRGÃOS COMPONENTES	P.5
3.3. AS UPRO'S (UNIDADES DE VIDA PROTEGIDA)	P.6
3.3.1. CONDIÇÕES GERAIS DE ADMISSÃO	P.6
3.3.2. CONIÇÕES ESPECÍFICAS DE ADMISSÃO	P.7
3.4. O FUNCIONAMENTO DENTRO DA UPRO	P.8
3.5. ALGUNS DEVERES DOS UTENTES DENTRO DA UPRO	P.9
3.6. DIREITOS DOS UTENTES	P.10
3.7. OS UTENTES	P.11
3.8. O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS	P.11
3.9. UM DIA NA UPRO	P.12
3.9.1. OUTRAS ACTIVIDADES	P.14
3.9.2. ALGUMAS REFLEXÕES	P.15
4. OLHAR - ASSOCIAÇÃO PELA PERVENÇÃO E APOIO À SAÚDE MENTAL UMA VISÃO E UMA REFLEXÃO PARALELA	P.16
4.1. A ACTIVIDADE ENQUANTO PSICÓLOGA CLÍNICA	P.17
4.2. A POPULAÇÃO E INTERVENÇÃO	P.18
5. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA – EXPECTATIVAS E REFLEXÕES RELATIVAMENTE À PRÁTICA	P.19
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	P.26
7. ANEXOS	
Anexo 1 – Resumo do poster	
Anexo 2 – Exemplo de relatórios realizados durante o estágio profissional	

1. O FIM DO CURSO E O ESTÁGIO CURRICULAR

Concluimos o nosso curso a 9 de Outubro de 2003, com média final de 15 valores, após defesa do trabalho monográfico alusivo à “Depressão em Adolescentes Delinquentes através do Rorschach”. Este trabalho foi possível devido ao facto de estarmos a estagiar no Centro Educativo Navarro de Paiva, em Benfica (regime semi-aberto) estando sob a alçada do Ministério da Justiça e afecto ao instituto de Reinserção Social. Em traços muito gerais, este órgão auxiliar da administração da Justiça é responsável pelas políticas de prevenção criminal e reinserção social, nomeadamente no âmbito da prevenção da delinquência juvenil, das medidas tutelares educativas e da promoção de medidas penais alternativas à prisão.

O projecto de actividades desenvolvido prendeu-se com a realização de observações psicológicas, avaliações ou reavaliações para relatório social com avaliação psicológica, perícias sobre a personalidade, elaboração do projecto educativo pessoal conjuntamente com a equipa clínica, contactos com as famílias e meio social do menor, acompanhamento dos menores em actividades externas, participação e acompanhamento de actividades desenvolvidas pelos menores, prestação de apoio psicológico individual (acompanhamento de casos), participação nas reuniões semanais com os educandos (contexto de psicoterapia de grupo dinamizada em parceria com os psicólogos da instituição) e participação em formações organizadas no meio institucional.

A nossa experiência neste estágio e conseqüente trabalho monográfico foram utilizados na elaboração de um poster apresentado no XVII Colóquio da Sociedade Portuguesa de Psicanálise - “Psicanálise e Justiça”. (A nexa 1)...

2. O ESTÁGIO PROFISSIONAL VOLUNTÁRIO

Apesar de toda a riqueza deste momento, quer a nível pessoal, quer profissional, sentimos um défice de experiência, nomeadamente ao nível da avaliação psicológica que, a dada altura nos pareceu um ponto importante e a ser trabalhado com urgência e que procurámos sanar através da auto-proposta de estágio profissional voluntário no então, Hospital Miguel Bombarda.

Optámos por esta instituição devido à sua extensíssima tradição na área da saúde mental (primeira instituição destinada ao internamento de doentes mentais – manicómio de Rilhafoles, passando também pela implementação da lei sobre assistência psiquiátrica acerca da criação de serviços abertos à comunidade e ainda a implementação da saúde mental no subsistema de cuidados de saúde primários).

O nosso pedido foi aceite e, durante o período compreendido entre 1 de Outubro de 2004 e 15 de Julho de 2005, fizemos o referido estágio.

2.1. BREVE DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO PROFISSIONAL VOLUNTÁRIO

Durante um primeiro período de treino na área da avaliação psicológica, desenvolvido no serviço de psicologia (consulta externa), foram realizados com supervisão, 24 consultas de Avaliação Psicológica, relativas a 7 pedidos para elaboração de relatório, relativos a igual número de utentes do referido serviço. Neste serviço e nesta amostra, efectuámos avaliações psicológicas para esclarecimento de diagnóstico, avaliações para pedido de reforma e pós-stress traumático, deparando-nos com patologias limite, psicoses, neuroses obsessivas e senilidades. Os instrumentos utilizados para a realização do diagnóstico (que nunca ficaria completo em menos de 5 sessões), implicaria a entrevista clínica, aplicação de testes projectivos, para avaliação da personalidade (Rorschach, TAT), escalas de sintomas (Inventário de Personalidade MMPI – inventário de personalidade multifásico de Minnesota e Mini-Mult – versão reduzida, Escala de Sintomas SCL-90, Inventário Depressivo de Beck - BDI-II - e Inventário Clínico Multiaxial de Millon – MCM-II) e aplicação de testes cognitivos, nomeadamente a WAIS-R (QI) e Mini-Mental State.

Saliente-se que o papel do psicólogo clínico neste serviço prendia-se maioritariamente com a realização de avaliação psicológica (pedidos de reforma, exames médico-legais, pedidos de esclarecimento de diagnóstico por parte dos psiquiatras de outros serviços e perturbação de pós-stress traumático).

Num segundo momento e após conclusão do nosso trabalho na consulta externa, participámos num total de 29 reuniões da Equipado Serviço de Doentes Residentes, realizadas semanalmente, com o intuito de debater temas importantes, quer para os utentes, quer para o pessoal técnico.

Realizamos 58 questionários sócio-demográficos a 19 utentes da 9ª enfermaria de Homens, 19 utentes da 3ª enfermaria de Homens e 20 utentes da 5ª enfermaria de Mulheres (havendo necessidade de entrevistar quer utentes, quer equipa de enfermagem, uma vez que são doentes crónicos, empobrecidos cognitivamente e afectivamente). Efectuaram-se ainda 30 consultas de Avaliação Psicológica, no trabalho desenvolvido com a equipa do serviço de doentes residentes, relativas a 11 utentes, elaborando-se posterior relatório (igualmente 11), com o recurso a 13 supervisões.

Assistimos a 4 reuniões comunitárias (técnicos e utentes), a formações subordinadas ao tema de Elaboração de Relatório em contexto Hospitalar, assim como 8 horas do Curso sobre a prática do Psicólogo Clínico.

Em anexo constarão alguns relatórios por nós efectuados quer no serviço de psicologia, quer nas enfermarias.

2.2. ALGUMAS REFLEXÕES

Após o nosso estágio, apercebemo-nos de questões iminentemente logísticas no que tocou ao nosso trabalho e a forma como algumas instituições e esta em particular trabalhavam – e aqui falamos no passado pois já não mantemos contacto com a esta instituição hospitalar. Quando nos propusemos a realizar este estágio voluntário (prática infelizmente muito comum e profícua), mostramos uma disponibilidade parcial (6 horas diárias), comunicada à coordenação, mas no entanto e, uma das críticas realizadas ao nosso trabalho foi a de que estivemos pouco disponíveis no número de horas dispensadas, pelo que a média final ficaria penalizada, inviabilizando qualquer tentativa de proposta de estágio remunerado (pelo IEFP). Curiosamente, certo tipo de trabalho menos específico, como os questionários sócio-demográficos, mero instrumento estatístico do hospital, tornaram-se da incumbência de estagiários como nós, retirando-nos tempo imprescindível a outras actividades muito mais específicas da psicologia, como por exemplo, o acompanhamento psicológico, que nunca tivemos oportunidade de realizar neste estágio.

Outra questão de que nos apercebemos ao longo da nossa permanência no Hospital Miguel Bombarda era o número insignificante de psicólogos efectivos paralelamente ao número de estagiários de vária ordem que, em termos práticos, eram quem dava vazão à quantidade de

solicitações de que eram alvo os departamentos, pelo que seria estimulante ver um vínculo mais sólido destes profissionais à instituição, não sendo de facto o que ocorria.

Relativamente ao trabalho efectuado com os doentes, nomeadamente com as enfermarias, pouca relação se consegue estabelecer em 9 meses, que nos pudesse permitir tecer um projecto de reabilitação, no entanto estamos gratos por ter tido esta possibilidade de aprendizagem, convívio e introspecção num meio tão particular.

3. A REABILITAÇÃO

Concomitantemente com o fim do curso surgiu-nos a possibilidade de trabalhar como técnica de reabilitação psicossocial em contexto residencial, numa instituição particular de solidariedade social (ARIA) – Associação para a Reabilitação e Integração Ajuda, fundada em 1991.

3.1. OBJECTIVOS DA ARIA

Esta associação, adjuvada por grupos de técnicos do departamento de saúde mental do Hospital S. Francisco Xavier, tem como principal função a desinstitucionalização e a prática de uma reabilitação não confinada ao meio hospitalar dos portadores de doença mental grave e crónica (esquizofrenia e psicoses em geral). Para tal propõe-se a desenvolver as seguintes actividades:

- Desenvolver acções de Formação e Promoção da Saúde Mental;
- Criar e manter estruturas residenciais protegidas e comunitárias;
- Promover acções de apoio às famílias;
- Criar e manter centros comunitários de integração social;
- Apoiar o desenvolvimento de competências sociais das pessoas em processo de reabilitação, no sentido da maior autonomia possível;

- Colaborar com as redes sociais locais, tais como instituições particulares de solidariedade social, autarquias, empresas e serviços públicos e com elas encontrar estratégias de acção comuns;

Como segundo objectivo, a associação visa criar condições para a integração profissional e económica da população alvo, através do desenvolvimento das seguintes actividades:

- Dinamizar a defesa dos direitos de cidadania da população abrangida;
- Promover a qualificação profissional através de cursos de formação, formação em posto de trabalho ou outras modalidades que se revelem adequadas;
- Promover a integração profissional no mercado de trabalho enquanto instrumento facilitador da integração social plena;
- Promover a criação de empresas de inserção destinadas às pessoas que apresentem maiores dificuldades na integração profissional no mercado de trabalho.

3.2. ÓRGÃOS COMPONENTES

A ARIA possui como corpos gerentes a Direcção, Assembleia-Geral e Concelho Fiscal, incluindo ainda os seguintes serviços:

- Sede Administrativa;
- Gabinete de Serviço Social;
- Cursos de Formação Profissional;
- Fóruns Sócio Ocupacionais;
- Programas de Apoio Residencial;
- Empresa de Inserção.

3.3. AS UPRO'S (UNIDADES DE VIDA PROTEGIDA)

A admissão dos utentes passa por um processo de candidatura e inscrição na ARIA, iniciando-se no Gabinete de Serviço Social (GSS) através de:

- Sessão de acolhimento e triagem onde se realiza o esclarecimento ao utente, das valências existentes na Instituição e seu funcionamento. É realizada uma primeira avaliação social e da situação clínica do candidato;
- A candidatura é encaminhada à equipa da valência pretendida pelo candidato que realiza uma entrevista, no sentido de aferir os critérios de admissão à mesma;
- O processo individual do utente é elaborado pelo GSS, do qual constará também relatório médico do psiquiatra assistente, a respectiva avaliação social e todas as informações relevantes, caso a fase anterior tenha tido um parecer positivo;
- Da avaliação conjunta do processo individual, a equipa técnica da valência toma a decisão quanto à integração ou não do candidato;
- Ao ser admitido o candidato inicia o período experimental;
- Findo este período, realiza-se uma reunião entre todos os intervenientes no sentido de definir o Plano Individual de Reabilitação;
- No caso da Empresa de Inserção, os encaminhamentos poderão ser feitos directamente para a valência.

3.3.1 CONDIÇÕES GERAIS DE ADMISSÃO

- Ter idade igual ou superior a 16 anos;
- Ter acompanhamento de psiquiatria, confirmado através de relatório médico actualizado;
- Encontrar-se clinicamente compensado (aderir à medicação/ estar estável relativamente ao quadro clínico psiquiátrico);
- Apoio terapêutico regular;
- Não consumir estupefacientes há pelo menos três anos (em caso de ter acompanhamento em CAT, apresentar relatório médico desta instituição);
- Apresentar um comportamento pessoal e social adequado no contacto com outros, bem como motivação para cumprir o seu processo de reabilitação;

- Residir, preferencialmente, nas zonas assistenciais abrangidas pelas equipas comunitárias de saúde mental do Hospital de São Francisco Xavier, ou ser enviado por uma das instituições com as quais a ARIA tenha protocolo;
- Aceitar as disposições do regulamento da valência para que está referenciado;

3.3.2. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE ADMISSÃO

- Formação Profissional – Estar inscrito no centro de emprego e possuir a escolaridade obrigatória, ou quanto muito, saber ler e escrever;
- Fóruns Sócio Ocupacionais – Ter história pessoal anterior de problemas de saúde mental, com compromisso ligeiro a moderado do funcionamento psicossocial. O Fórum admite até 15% das suas vagas para casos de incapacidade grave; Aos candidatos portadores de duplo diagnóstico ou de perturbação da personalidade e que cumprem todos os critérios anteriormente enunciados, é alargado o período experimental de um para três meses, com vista à avaliação do grau de adequação a esta resposta;
- Unidades Residenciais – Necessidade de apoio significativo na organização da vida diária durante determinado período; Ausência de alternativa residencial ou caso exista, seja comprovadamente inviável, como consequência da rejeição familiar/social; Ter retaguarda familiar e/ou institucional como apoio face às necessidades pessoais e financeiras do utente; Apresentar um grau suficiente de autonomia pessoal que lhes permita desenvolverem o seu projecto de reabilitação psicossocial e profissional.
- Empresas de Inserção: ARIA Jardins (Período de Formação) – Estar inscrito no centro de emprego; Possuir conhecimentos na área de jardinagem ou Técnicas Administrativas.

3.4. O FUNCIONAMENTO DENTRO DA UPRO

As unidades de vida protegida oferecem apoio residencial de carácter temporário, destinado a pessoas com doença psiquiátrica estável, encontrando-se em desvantagem psicossocial e com extrema necessidade de apoio técnico em determinada fase da vida. Os serviços prestados

visam a estimulação dos utentes para uma participação mais activa no seu projecto de vida, responsabilização e integração na comunidade. Estes serviços apresentam-se como a alternativa viável e possível ao internamento/permanência em contexto hospitalar (como por exemplo, no Hospital Miguel Bombarda). Desta forma, pudemos apreender a realidade da doença mental sob dois ângulos diametralmente opostos.

Iniciámos o nosso trabalho nesta instituição em Outubro de 2003 na UPRO-Restelo, tendo posteriormente transitado para a UPRO-Algés, onde ainda nos encontramos a exercer funções.

Enquanto que no nosso estágio profissional vimos doentes confinados a enfermarias onde permaneciam em alguns casos desde os 8 anos (debilidades associadas a comportamentos disruptivos, por exemplo – comprovando-se a tradição antiga do hospital psiquiátrico como depósito de uma parte da sociedade muito difícil de encarar, sem outras alternativas), onde todas as tarefas se encontram a cargo de auxiliares, desde a higiene, mobilidade, alimentação, medicação, tudo, nas UPRO's, todos os utentes têm um mínimo de capacidade de aquisição e retenção de conhecimentos. Isto significa que muitos deles têm total autonomia na gestão do seu dinheiro, medicação, organização do dia-a-dia, higiene e actividades da vida diária, havendo nesta alternativa uma espécie de restauro na esperança de que alguns destes utentes, possam ser relativamente autónomos e possam criar uma rede social de suporte, se a família não puder proporcioná-lo.

Cada UPRO (unidade de vida protegida) acolhe um máximo de 7 utentes (5 homens, 2 mulheres), funcionando como uma casa de habitação normal, onde cada utente tem o seu espaço ou partilha quarto com outro elemento do mesmo sexo. Durante o período das 18h às 9h, 365 dias por ano, encontra-se um técnico a assegurar o cumprimento de tarefas e auxílio, assim como de gestão da casa.

O nosso trabalho nesta área, prende-se com o desenvolvimento de estratégias com cada utente (por exemplo ao nível da higiene – o uso de esponja de banho pode ser a diferença entre a água que cai sobre o corpo e o corpo que é ensaboado e assim limpo), por forma a implementar um eficaz plano de aquisição de competências da vida diária, antes ou em simultâneo com o encaminhamento para actividade profissional (protegida).

3.5. ALGUNS DEVERES DOS UTENTES DENTRO DA UPRO

- Obrigatoriedade na toma da medicação prescrita pelo psiquiatra assistente e na ida às consultas prescritas;
- Participação nas actividades organizadas constantes no seu Plano Individual de Reinserção (PIR):
- Não danificar deliberadamente as instalações e material da casa;
- Zelar pela limpeza, arrumação e manutenção do espaço físico e equipamentos;
- Não comer ou fumar nos quartos;
- Não roubar ou mexer nos pertences de outros residentes ou técnicos, o que implica não entrar nos espaços de outros residentes quando estes se encontram ausentes, e sem autorização;
- Cumprir o plano de tarefas que está organizado, e se possível, cooperar com os colegas em dificuldades;
- Cumprir os horários de refeições ou na impossibilidade de o fazer, avisar técnico ou coordenadora;
- Participar na reunião semanal de avaliação e planeamento de actividades com a coordenadora;
- Respeitar colegas e equipa técnica;
- Estar na residência até às 23h. Caso não seja possível, avisar a coordenadora ou o técnico responsável;
- O consumo de álcool ou de drogas ilícitas, bem como o comportamento inadequado no que respeita a atitudes de agressividade física e verbal, constituem motivo de reavaliação da permanência do utente no Projecto, podendo levar à exclusão;
- É proibido ouvir música ou ver televisão com som elevado, de forma a perturbar o bem-estar dos colegas e vizinhos;
- O pagamento da comparticipação mensal até ao dia 8 de cada mês.

3.6. DIREITOS DOS UTENTES

- Ser tratado com respeito e dignidade;
- Liberdade nas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
- Solicitar uma reunião com a coordenadora sempre que se sentir necessidade de abordar algum assunto pessoal;
- Expor ideias e iniciativas que lhes pareçam adequadas;
- Apresentar alguma reclamação/queixa, por escrito dirigida à Direcção da ARIA, a qual fica responsável por avaliar e responder por escrito, dando resolução ao caso apresentado, no prazo máximo de 30 dias;
- Exigir aos outros respeito pela sua privacidade;
- Quarto partilhado com outro utente, o qual inclui cama, mesa-de-cabeceira e armário;
- Utilizar livremente espaços comuns da casa;
- Fornecimento de alimento para confecção de refeições e produtos para limpeza da casa;
- Receber visitas de familiares e amigos nos horários combinados com a coordenadora da UPRO;
- Ausentar-se da UPRO desde que a duração da ausência seja combinada com a coordenadora (férias, fins-de-semana);
- Participar nas actividades recreativas e de lazer, se assim desejarem;
- Ter um suporte técnico de 15 horas por dia, incluindo apoio nocturno, 7 dias por semana, que lhes proporciona um clima de ajuda e acompanhamento permanente e que reforça positivamente as suas competências pessoais e sociais;
- Ter um seguro de acidentes pessoais.

3.7. OS UTENTES

Na casa estão presentemente 6 utentes (entre os 32 e os 60 anos), 4 com diagnóstico de psicose – esquizofrenia e 2 com diagnóstico de bipolaridade, encontrando-se compensados e funcionais (requisito para qualquer actividade desenvolvida), no entanto estão muitas vezes presentes sintomas negativos da doença (abulia, apatia, isolamento social) que se constituem como o grande desafio de qualquer técnico que com esta população trabalhe. Outra grande vantagem e conseqüentemente, grande sofrimento destes utentes é a sua consciência mórbida acerca das “vozes” ou da sua sintomatologia positiva, onde pessoalmente procuramos intervir de forma contentora sem nos tornarmos, no entanto os seus psicólogos (serviço de que só alguns utentes dispõem). Geralmente e devido à compleição psíquica dos utentes, de grande fragilidade, o desempenho de tarefas constitui-se um foco importante de despoletamento de angústia, pelo que a ansiedade é uma constante, solicitando constantemente a intervenção dos técnicos.

3.8. O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS

Outro ponto essencial nesta UPRO reside no trabalho com as famílias. Os utentes que temos a cargo, têm todos eles referências familiares que, de alguma forma estão presentes e são também responsabilizadas pela participação no projecto de reabilitação do seu familiar. Irmãos, filhos, pais, são chamados intervir, por exemplo em caso de doença, onde os técnicos e coordenação sinalizam e se for urgente, encaminham para o hospital ou centro de saúde. No entanto, é desejável que o utente possa estar acompanhado por familiares, o que muitas vezes é impossível.

A comunicação com a esfera familiar é de suma importância, no entanto e, em alguns casos, é necessário impor limites a algumas situações que possam pôr em causa o funcionamento da UPRO, nomeadamente no que toca a visitas inesperadas (que só podem acontecer após as 18h e com conhecimento de técnicos ou coordenação), chegadas à UPRO após a hora estipulada no seguimento de ida a casa ou qualquer tipo de actuação que comprometa o processo de autonomia do utente.

Os familiares são chamados a intervir em festividades de aniversário (preparadas entre utentes, coordenadora e monitores) e Natal (onde os utentes elaboram cânticos, teatro, exposições de fotografia e toda uma panóplia de actividades para estas celebrações).

Por vezes é necessário articular com as famílias no sentido de apurar a eventualidade de poder ocorrer descompensação do familiar, sendo que o internamento é o último recurso, mas que também depende da sintomatologia apresentada, ou seja, em casos em que o utente adquira comportamentos de risco para consigo e para com os demais, solicita-se intervenção imediata. Se não for esse o caso, procura-se junto ao psiquiatra um reforço na medicação, retirando o utente de parte das tarefas num primeiro momento e procurando que esteja acompanhado durante o dia (irá para o fórum acompanhado e virá acompanhado). Casos houve em que a família acolheu o utente aquando do reforço da medicação, permitindo uma reorganização e evitando o internamento que, pela nossa experiência e por algo que ouvíamos frequentemente no Hospital Miguel Bombarda, promove o chamado processo de “porta giratória”, entrando e saindo de internamentos sucessivos, que as mais das vezes, aquando da alta devolviam um utente letárgico, sedado e apático. Controlado, certamente. Apático, certamente. E um passo atrás se dava no seu processo de reabilitação.

3.9. UM DIA NA UPRO

Achamos pertinente ilustrar um pouco o trabalho desenvolvido ao longo de um turno, na UPRO (neste caso na UPRO- Algés, onde trabalhamos actualmente).

Entre os fóruns sócio ocupacionais, actividades desportivas e escolares (formações e certificações de competências), todos os utentes deverão entrar na UPRO até às 18h, hora a que deverá chegar o técnico.

Entre as 18h e 19h (intervalo que antecede a confecção do jantar), fazemos de forma supervisionada, a gestão de dinheiro (comprar passes, medicações, compras semanais, compras dos produtos de higiene dos utentes, compra de tabaco e qualquer compra em geral); gestão da medicação (cada utente prepara a sua medicação de acordo com a guia terapêutica, fazem-se as contagens da medicação existente até à próxima consulta de psiquiatria e se não houver medicação por qualquer motivo, o que dificilmente acontece, ou se encaminha o utente para a urgência por forma a poder adquirir a receita, ou em caso de a ter em sua posse, avia-la na farmácia mais próxima); plano de gestão de compras (quinzenalmente recebemos uma encomenda substancial de uma grande superfície, ficando cada utente à vez encarregue de gerir os produtos de limpeza e pequenas faltas de produtos que serão comprados num dia da semana estipulado e de acordo com um orçamento igualmente estipulado) e limpezas (de

quartos, WC's, lavagens de roupa, passar a ferro, arrumação de roupeiros). Claro que há dias específicos para limpezas e compras, pelo que não há sobreposição ou sobrecarga de tarefas.

A partir das 19h, começa, quanto a nós, o momento mais gratificante e criativo com estes utentes – a confecção do jantar (ou a oralidade não fosse a palavra de ordem). A esta refeição estão geralmente todos presentes e facilmente se mobilizam no sentido de ajudar. Por exemplo, existe todos os dias um utente diferente a cozinhar, que à partida escolheu a ementa e é responsável pela sua confecção com o auxílio do monitor. É frequente fazermos sopa e sobremesa com os utentes e desta forma conseguimos fazer “equipas” que trabalham em parceria por um objectivo comum (e saudável) que é inevitavelmente revestido de um carácter narcisante e como tal, por vezes ansiogénico. É muitas vezes necessário explicar a utentes muito paranóides, por exemplo, todo o processo de confecção (a angústia de morte surge sob a forma de fantasias de envenenamento), mas com o estreitar da relação e com o ganho de alguma confiança é possível haver um prazer de ambas as partes, neste momento particular do dia que culmina com uma refeição geralmente demorada e familiar, onde se relatam os acontecimentos do dia e debates de vária ordem, chegam a contar-se anedotas (se todos os utentes estiverem bem, claro).

Estão afixados na cozinha (espaço mais utilizado) placards com as tarefas que cada utente terá que desempenhar e a que dia da semana, organizados em reunião entre coordenadora, monitor e utentes, entre elas as da hora do jantar – pôr e tirar a mesa, cozinhar, lavar loiça e balcões, tirar a loiça da máquina e arrumar, lavar chão e fogão e pôr o lixo no contentor, com o cuidado de reciclar (temos ecoponto).

Geralmente, por volta das 20h, 20.30h, hora a que termina o jantar, levantada a mesa, todos os utentes tomam a medicação do jantar e fazem as tarefas restantes. Os que levam almoço de casa, preparam-no nesta altura. Por volta da 22h, já foram ao café os que assim o desejarem e um outro utente prepara a mesa de pequeno-almoço, que servirá para a ceia. Estas refeições obedecem a algumas regras, devido à natural voracidade destes utentes, especialmente em alturas de stress, pelo que a ceia é geralmente um copo de leite ou chá com bolachas, iogurte ou peça de fruta. Ao pequeno-almoço e devido às quantidades massivas de medicação tomadas, há o reforço de sandes, cereais e sumos, leite e café.

Às 23h fecham-se os espaços comuns (cozinha e sala – onde o técnico pernoita). Esta regra foi implementada a par de uma outra – o tabaco é recolhido à mesma hora. Quer a comida, quer o tabaco constituem-se como dependências orais destes utentes, pelo que a instauração

da regra no real externo, procura o estabelecimento de uma constância e contenção de afectos mais disruptivos internamente. Invariavelmente e após um período de dificuldade e testagem no cumprimento de uma regra, advém período de compreensão e acalmia face à mesma tarefa, que também está a cargo dos monitores. Qualquer dificuldade que haja será participada ao técnico do turno a qualquer hora.

O despertar começa às 6h (e após 2 rondas nocturnas) e termina às 9h com a saída do técnico. Pelo meio temos pequenos-almoços, toma das medicações, banhos e higiene, arrumação dos quartos e saída para as actividades.

Fins-de-semana, férias e saídas com chegada prevista após as 23h, carecem da assinatura de termo de responsabilidade, por forma a evitar qualquer falha na toma da medicação ou responsabilização da UPRO na ausência do utente, levando também a um rearranjo da distribuição das tarefas, pelo que os restantes utentes são chamados a decidir.

3.10. OUTRAS ACTIVIDADES

Inerentes ao processo de reabilitação de alguns utentes encontram-se algumas actividades cujo intento é a estimulação cognitiva e a motivação por oposição à recorrente inércia. Por vezes é necessária a intervenção dos técnicos. Lembramo-nos de um utente com um gosto particular por biologia, de modo que uma das actividades que iniciámos com este utente foi um voluntariado no aquário Vasco da Gama. Neste espaço, o utente limpava aquários, mudava peixes, preparava a comida da iguana, tarefas que lhe proporcionavam não só a satisfação de poder ser útil e reforçar um pouco a sua auto-estima, como também implementaram sentido de responsabilidade e estimulação da atenção. Festividades como os Santos Populares, piqueniques, aniversários, são sempre pretexto para o desenvolvimento de dinâmicas de grupo, sempre no sentido da interacção e evitamento do isolamento face ao grupo.

3.11. ALGUMAS REFLEXÕES

Após 6 anos de trabalho como técnica de reabilitação adicionados a uma visão clínica, somos levados a questionar algumas decisões e regras que presidem o exercício da reabilitação na ARIA:

- A escolha dos utentes cada vez mais se prende, parece-nos, com o cumprimento de objectivos financeiros, ou seja, manter o número de utentes constante e a casa cheia contribui para a estabilidade financeira e a fluidez dos subsídios atribuídos pela segurança social, fulcrais para o funcionamento de uma IPSS, como é o caso. Como tal deparámo-nos muitas vezes com utentes cujo processo de reabilitação seria muitíssimo difícil nos moldes propostos e com o tipo de regras em causa – questões de personalidade - indivíduos com traços psicóticos, mas fortemente instalados no funcionamento limite e consequentemente com fraquíssima aderência a qualquer tipo de regra, onde o risco de lesões do próprio e do outro era, para nós, evidente.

- A importância da psicoterapia, para que haja um mais sólido suporte interno do utente perante as situações inerentes a uma vida autónoma ou semi-autónoma. Uma simples ida ao supermercado põe em marcha um acesso de ansiedade, por vezes difícil de conter. Achamo-nos por vezes a desempenhar um papel de semi-psicólogo, uma vez que parte destes utentes não dispõem de acompanhamento psicológico, pedra basilar para qualquer trabalho posterior. Ora a nossa função neste contexto prende-se com treino de competências práticas, onde há uma relação implícita que promove este processo, no entanto, não é um contexto clínico.

- A escolha da equipa técnica, parece-nos igualmente importante. Presentemente estão na UPRO Algés quatro técnicos: dois psicólogos e dois técnicos de reinserção. No entanto, e formações aparte, como se pode supervisionar uma tarefa sem possuir um saber mínimo sobre a mesma, como sucedeu já por diversas vezes? A uniformização dos conhecimentos seria uma mais-valia que neste momento não existe.

- O vínculo de trabalho é muitíssimo precário sendo utilizados os recibos verdes e tendo os técnicos assinado um contrato de prestação de serviços que, tanto quanto sabemos, não possui qualquer valor prático, sendo que o valor horário auferido por hora (o trabalho é nocturno) resume-se a um terço do vencimento horário de uma auxiliar de limpeza.

Posto isto, o que nos faz continuar são os ganhos “invisíveis”, os que se sentem numa relação onde todos os sentimentos existem, muitas vezes ampliados, mas de uma forma genuína, como ocorre com um utente psicótico.

4. A OLHAR – ASSOCIAÇÃO PELA PERVENÇÃO E APOIO À SAÚDE MENTAL – UMA VISÃO E UMA REFLEXÃO PARALELA

Olhar – Associação pela Prevenção e Apoio à Saúde Mental foi criada há 6 anos pela mão do Dr. Carlos Céu e Silva (psicólogo) e da Dr^a Isabel Lourenço (advogada) com o intuito de fomentar a existência de um espaço que proporcionasse a implementação de Psicoterapias de Apoio a preços acessíveis à maioria da população, mas mantendo o rigor que uma psicoterapia requer. Esta associação de solidariedade social sem fins lucrativos já conheceu várias moradas mas actualmente e aquela onde desenvolvemos a nossa prática clínica, encontra-se situada na rua Augusto Gil, nº1, 2º Dto, em Lisboa. Actualmente, para além da psicologia clínica, há também psiquiatria, terapia da fala e psicologia educacional.

De modo a fazer uma breve ilustração, nomearemos alguns objectivos desta associação, ao nível da psicologia clínica:

- Proporcionar aos utentes o acesso a consultas de psicologia e psiquiatria a preços acessíveis;
- Procurar estabelecer protocolos de cooperação com outras associações, institutos e fundações – actualmente tem parcerias com a AMI, A Nossa Âncora – Apoio a Pais em Luto, A Casa do Brasil, Aparece – Centro de Atendimento ao Adolescente, UMAR – União de Mulheres Alternativa Resposta e PSO – Associação Portuguesa de Psoríase;
- Efectuar acções de sensibilização conducentes á adopção de medidas de prevenção na área da saúde mental;
- Fomentar o debate e a troca de experiências, nomeadamente nos grupos de reflexão e na supervisão.

A associação possui um horário da 8h às 23h, 6 dias por semana, estando o secretariado disponível das 9h às 18h, excepto sábados.

O procedimento de marcação de consulta é bastante simples: o paciente liga para o secretariado, dá a sua disponibilidade (damos consultas ao sábado de manhã – procuradas para as crianças preferencialmente), mediante a disponibilidade do paciente em conjunto com a do técnico, agenda-se a hora. Os pedidos não esperam mais que uma semana.

4.1. A Actividade enquanto Psicóloga Clínica

Iniciámos a nossa actividade enquanto psicóloga clínica na Olhar, em Junho de 2004. Sempre perfilhámos o modelo psicodinâmico e sempre procuramos evoluir neste sentido. Durante o

período de 17 de Janeiro de 2005 a 20 de Setembro de 2005, foi-nos dada a oportunidade de coordenar o departamento de psicologia e psiquiatria desta associação (voluntariamente). Durante este tempo procuramos implementar algumas ideias que, nos pareciam adequadas ao modelo aplicado pela maioria dos técnicos.

O primeiro grande ponto foi o estabelecimento de reuniões com estes para debate de questões do interesse geral e promoção da relação entre colegas e com um espaço que se pretendia, não apenas o local onde se passam algumas horas, mas o local onde as pessoas se relacionam e sentem acolhidas, pois são os técnicos, psicólogos, em número de 42, que geram a força motriz responsável pelo passa palavra, pelo bom desempenho que leva a que outros possam procurar as consultas, não só pelo preço, mas também porque apesar dele, possuem qualidade (um dos pressupostos prende-se com o facto de todos os técnicos possuírem supervisão e terapia pessoal). Neste sentido e uma das propostas feitas à direcção foi sempre no sentido da supervisão gratuita ou semi-gratuita (dado o valor simbólico das consultas), para os técnicos que dela quisessem dispor. A supervisão passou de facto a existir e a um valor mais acessível.

Outro ponto importante, prende-se com os valores praticados pela associação e que sempre foram seu apanágio – 25€ pela primeira consulta, 20€ as restantes, actualmente (em 2004 as consultas eram a 12€, 15€ e 19€, até ao preço actual). Esta questão pôs-nos e põe-nos algumas interrogações. De facto o trabalho a recibo verde (uma vez mais) e a demora no pagamento aos técnicos devido, quanto a nós, a uma dificuldade de gestão por parte dos responsáveis, aliada ao facto de os técnicos receberem 60% do valor da consulta, gera algum desconforto, como é óbvio. No entanto e pela nossa experiência, dada a conjuntura actual, temos pacientes que de facto não poderiam fazer um processo terapêutico se os valores praticados fossem superiores.

4.2. A População e a Intervenção

Desta forma e ao longo destes anos, fomos dando mais disponibilidade horária, o que nos permite actualmente e já há 2 anos sensivelmente, fazer uma média de 56 consultas mensais (maioritariamente realizamos psicoterapias semanais), correspondentes a um número que ronda os 13 pacientes. Actualmente temos pacientes entre os 8 e os 55 anos, de ambos os sexos, desde analfabetos a licenciados, o que nos permite abordar temáticas de ordem diversa, sob variadíssimas perspectivas e de forma riquíssima. As patologias que nos chegam são na grande maioria depressões (narcísicas, neuróticas, limite), algumas neuroses (obsessivas e

históricas – muito raramente). Muito esporadicamente psicoses e debilidades ligeiras. Todo o nosso trabalho tem sido supervisionado por psicanalistas, desde a conclusão do nosso estágio.

O trabalho na Olhar, dadas as vicissitudes da variedade da população, obriga-nos constantemente a um reajuste e reestruturação dos modelos terapêuticos interiorizados ao longo da nossa formação, de cariz dinâmico, a par da nossa vivência enquanto paciente, destafeita enquanto psicanalisanda. Todo o sentimento, pensamento e criação de uma identidade enquanto terapeuta, levaram-nos a uma nova etapa.

5. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA – EXPECTATIVAS E REFLEXÕES RELATIVAMENTE À PRÁTICA.

Como referimos anteriormente, sentimos a necessidade de possuir um suporte teórico que nos possibilitasse uma intervenção mais apurada na área da psicoterapia psicanalítica. Assim sendo, procuramos a APPSI, espaço de formação, onde iniciaremos o 3º ano de 4 anos formativos no corrente ano.

Escolhemos esta associação e não outras devido aos nomes familiares de professores e pessoas que nos estimularam o interesse e curiosidade ao longo do percurso de estudante no ISPA. Era esse entusiasmo que procurávamos reencontrar e, desta vez poder partilhar algo da nossa prática clínica. Poder debater, pensar, recriar. Procurar referências dentro dos modelos teóricos com os quais nos pudéssemos identificar, por forma a que a nossa prática não se tornasse uma espécie de acrobacia no trapézio, sem rede.

De facto e o balanço destes dois anos, ao nível da aprendizagem foi muito positivo. E de facto encontrámos algumas respostas a algumas perguntas com as quais nos debatemos muitas vezes ao longo da nossa prática clínica. Noutros casos, deparámo-nos com muitas outras dúvidas e a total ausência de respostas e conseqüente confronto com algumas inseguranças. Confronto com o próprio nas suas vicissitudes e no reencontro com o outro.

No início da nossa prática, tivemos a oportunidade de receber alguns pacientes que nos elucidaram muito claramente acerca do que são movimentos transferênciais, nomeadamente na sua valência mais negativa, de raiva, ódio e zanga, levando-nos a conhecer partes nossas e trazê-las à superfície de maneiras violentas, procurando sempre pensá-las e devolvê-las de forma o mais transformada, desintoxicada e assimilável possível. Ao rever e repensar o

conceito de transferência, de acordo com Klein (1952), percebemos este processo riquíssimo que é a reedição ou cópia de comportamentos ou pessoas recorrendo à pessoa do terapeuta enquanto substituto predilecto. Ao sentirmos a palavra e afectos nela contidos, podemos aceder a um sentir semelhante ao do paciente, como se ao pensarmos o efeito da transferência em nós, pudéssemos intuir o que poderia ser útil ao paciente. O não saber dá lugar a uma hipótese, verbalizada, aceite ou repelida. E assim sucessivas vezes. Muitas vezes sentimos medo físico (com pacientes paranóides), sensação de desmaio (com suicidas), completo alheamento e sonolência (com depressões de vazio, “brancas”, de acordo com Greenberg). Ao pensarmos a nossa prática, apercebermo-nos de que todo este inter-jogo paciente/terapeuta ilustra e complementa uma visão da psicanálise com a qual actualmente nos identificamos – a psicanálise relacional. Em traços muito gerais e de acordo com Gomes (2007), para esta proposta de psicanálise relacional contemporânea várias correntes contribuíram: a psicologia psicanalítica do self formulada por Kohut, a teoria da intersubjectividade, de Storolow, Atwood & Brandchaft e a teoria relacional, propriamente dita, inicialmente formulada por Stephen Mitchell e Jay Greenberg. O contributo de autores como Neil Altman, Lewis Aron, Jessica Benjamin e Irwin Hoffman, entre outros, compôs este modelo no sentido de uma aproximação das teorias inglesas das relações de objecto (“você e eu” – numa relação interna) e das teorias americanas (“você e eu” reais e a influenciarem-se mutuamente). Desta forma, o desenvolvimento, a transferência e a intervenção terapêutica surgem dentro de sistemas interactivos relacionais que se inter-influenciam. Esta evolução do modelo pulsional para o relacional ilustra de facto a alteração de paradigma, da ciência positivista, do tempo de Freud, para a ciência relativista actual.

Autores como Ogden (1994) introduziram, neste sentido, um conceito que nos parece de suma importância – a criação da inter-relação entre duas subjectividades constitui-se como o terceiro, aquele que separa a díade, a introdução da criatividade. O autor pega na ideia de outro autor – Winnicott e na expressão de que a criança só por si não possui existência. Transpondo este conceito para o momento terapêutico, só existe um paciente se houver um terapeuta (Ogden refere-se a analista) e vice-versa, e o produto, o terceiro é o resultado da dialéctica gerada entre as subjectividades separadas de terapeuta e paciente, ou seja a relação.

E é a relação que nos leva a questionarmos o modelo pulsional, onde os movimentos transferenciais se constituíam como expressão de uma actividade pulsional, que nos parece importante, à luz do momento cultural onde se desenvolveu (o positivismo e o mecanicismo), no entanto redutora. Numa visão relacional, a função do terapeuta não se esgota na sua função

de depositário das pulsões do paciente num movimento transferencial que carece de interpretação. No modelo relacional, o paciente e o terapeuta iniciam um processo onde se recria a velha, mas também cria uma nova relação. E aqui as opiniões dividem-se. O terapeuta como bom objecto ou talvez como um terapeuta suficientemente bom (diríamos nós)? Greenberg (1986), por exemplo, refere que a situação analítica não deverá ser demasiado segura devido à necessidade do estabelecimento da transferência. Sugere ainda a necessidade de atingir o equilíbrio entre o velho e o novo objecto, com a qual estamos de acordo.

Dirigimo-nos então para outro ponto, o da neutralidade que como é sabido, no modelo pulsional é imprescindível. No modelo relacional, várias questões surgem ao nível da neutralidade do terapeuta mas o que nos parece mais aceitável seja o meio-termo – numa terapia face a face, não há omissão da postura e nesse instante é a pessoa do terapeuta que está com o paciente. No entanto esta pessoa terapeuta, deverá permitir a regressão, a fantasia, evitar o hiper-realismo que algumas auto-revelações poderão introduzir no processo.

De facto, muitos dos nossos dilemas iniciais prendiam-se com a procura da resposta óptima, que não existe. O que existe é o que o paciente quer realmente saber quando nos pergunta, por exemplo a idade, estado civil, orientação sexual e neste ponto partilho da opinião de Nancy McWilliams. Talvez possamos expor até onde nos sentirmos confortáveis a fazê-lo. Na certeza porém, de que o que está implícito é – “serás tu capaz de me perceberacompanhar”. Qualquer resposta terá, para nós, de conter essa premissa.

E as crianças? Só começamos a ver crianças, terapeuticamente há 4 anos. Fomos adiando este contacto devido a temores vários, parecendo-nos que qualquer erro neste sentido com uma criança seria mais nefasto do que com um adulto. Esta premissa, revelou-se falsa, percebemos que as crianças nos põe em contacto com o mesmo material, vezes sem conta, até que por fim haja a possibilidade de pensar e interpretar. Actualmente, a maior dificuldade que sentimos, prende-se mais com a mobilização dos pais para o processo, desmistificando culpabilidades, demissões e dúvidas de vária ordem, além da pressa. Muita pressa para que “fique tudo bem”.

Curiosamente aparece-nos a “patologia da pressa”, que a sociedade também é de pressa, e tempo é dinheiro, algo que determina o desfecho de muitos processos terapêuticos. Pressa para dar respostas – as crianças têm de decidir qual dos pais é melhor (no divórcio), á pressa, para poder decidir quem possui o trunfo (criança), com uma violência sem pressa e deixando

marca para toda a vida. É com pressa que se têm de fazer os trabalhos de casa para poder estar com os pais que, por acaso só fazem coisas intelectuais ao fim-de-semana, e nada de criativo com a criança. Contra-transferencialmente, por vezes sentimos que há uma exigência pesadíssima nesta pressa para com as crianças, que sentimos de formas várias – queixas inúmeras acerca do que deveria ser ou não suposto. Por vezes, passamos tanto tempo a tentar conter os pais (pois é da sua “pressa”... que se trata), como os filhos.

Quando recebemos uma criança, temos por hábito ver os pais, por vezes mais do que uma sessão, para que possam desenvolver uma certa confiança em nós e expor o motivo da consulta da criança. Muita informação retiramos destes momentos – fantasias e desejos infantis dos pais, fantasias acerca da gravidez, a relação entre pais e com a criança e irmãos (dinâmica familiar), anseios e projecções e o nosso próprio sentir acerca dos pais. Posteriormente chamamos os pais com a criança e vemos as possibilidades entre o trio ou díade (confirma-se o que os pais disseram antes, e mais uma vez o nosso sentir da dinâmica). Num momento seguinte ficamos com a criança a sós e convidamo-la a abrir a caixa lúdica. A determinada altura do processo e se houver necessidade de falar com os pais, informamos à criança o que vai ser falado e porquê. A privacidade é palavra de ordem. Com os adolescentes (que neste momento não acompanhamos), optamos por falar sempre à sua frente com os pais e sobre todos os assuntos que queiram abordar.

No nosso trabalho com crianças lamentamos não possuir as condições postuladas por Melanie Klein, apesar de nos inspirarmos no seu trabalho. Assim como Freud descobriu a livre associação devido ao pedido de uma paciente, também Klein descobriu o brincar e o jogo (o equivalente nas crianças) através da necessidade de chegar até uma sua paciente. Na nossa prática, não utilizamos água ou tintas de água, somente canetas, lápis, figuras humanas, papel, pequenos livros de histórias, animais, carrinhos, bolas de esponja, malinha de médico e plasticinas. Posteriormente adicionámos uma manta, pois fomos verificando a sua necessidade e utilidade em movimentos regressivos e nas brincadeiras de escondidas, pais e mães, médico e doente. Actualmente adicionámos alimentos e panelas, cama e banheira. Cada criança tem uma pasta com seus desenhos, ou caixa com suas obras.

Na terapia com crianças, achamos fascinante e desafiante tentar dar significado a uma sessão pejada de movimento e cor ou ao invés, o silêncio. Procurar forma de dar um significado à expressão da agressividade – lembrando-nos de Klein – toda a sala é um campo de batalha. O sadismo exercido no terapeuta empossado de papel de filho ou paciente e a criança

personificando um médico ou progenitor mau, toda a informação expressa e contida nessa transferência. Os sentimentos de culpa e reparação consequentes. A miríade de possibilidades que se jogam numa sessão.

Enquanto terapeuta e ao trabalhar com crianças, vimo-nos a braços, também nós com um reviver da nossa infância e no ter de pensar e sentir partes nossas que por vezes não se encontram muito conscientes. De facto ser psicólogo é um trabalho de dois sentidos: os pacientes evoluem e nós também. E estamos gratos por isso.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Greenberg, J. (1986). Theoretical models and the analyst's neutrality. In S. Mitchell & L. Aron (Eds.). (1999). *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*, (pp 131-152). The Analytic Press. London.

Gomes, Pedro (2007). *Psicanálise Relacional Contemporânea: uma nova maneira de trabalhar em psicanálise*. Revista Brasileira de Psicanálise. Volume 41, nº4, 113-123.

Klein, M. (1952). *The Origins of Transference*. Int. J. Psycho-Anal., vol. 33, 433-438.

Ogden, T. (1994). The analytic third: working intersubjective clinical facts. In S. Mitchell & L. Aron (Eds.).(1999). *Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition*, (pp 153-180). The Analytic Press. London.

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2

RESUMO DO POSTER

Pretendeu-se com este trabalho de investigação e de reflexão acerca de histórias pessoais, averiguar se no decorrer do processo adolescente de jovens em cumprimento de medida no Centro Educativo Navarro de Paiva, os seus comportamentos delinquentes, pudessem ser a expressão de uma depressão relacionada com as relações objectais primárias (imagos materna e paterna), bem como de déficits ao nível da coesão do self e da identidade.

Contou-se para esse fim com o instrumento projectivo Rorschach e a entrevista clínica, por forma a aceder aos objectos internalizados (relação de objecto) através da projecção do inconsciente aliada ao vivido subjectiva e conscientemente.

Contribuíram para o estudo, dois rapazes de 14 e 19 anos, cujos actos delitivos envolvem violência física, em ambos os casos, e no segundo caso também roubos e consumos de haxixe e ecstasy.

Matos (2001), e relativamente a patogenia da depressão, destaca o investimento narcísico por parte da figura prestadora de cuidados primários, havendo uma desvalorização da criança e uma cegueira dirigida às suas necessidades físicas e psíquicas, que é prejudicial ao estabelecimento do holding e da construção do self, por carência do bom objecto de segurança narcísica, potenciador do vazio traumático.

Relativamente ao Nuno e ao Henrique, e de acordo com o mesmo autor, encontramos uma depressão primitiva ou simples, sem culpa nem inferioridade, por ausência total ou parcial da instância superegógica, tributária da relação primeva, que neste caso, se encontra afectada. Através da análise qualitativa das respostas constantes no protocolo sobressai uma carência da introjecção construtiva nuclear e orbital dos jovens, e uma inexistente identificação idiomórfica, mantendo-se no caso do Nuno uma identificação alotriomórfica, a um modelo (pai) persecutório e agressivo, que no caso de Henrique, é personificado pelo “bando”. Nele sobressai um estilo relacional mais simbiótico, mas concomitantemente também um maior vazio, além de defesas mais rigidificadas, o que se assemelha à “série branca” de Green (1988), de onde, os buracos psíquicos são preenchidos por expressões de destrutividade.

Acerca da delinquência verificou-se a nível teórico, uma patologia de falha (falha básica), no âmbito de uma relação dual, oscilante entre amor e ódio, onde o registo oral predomina e o conflito de ambigüência (simbiose/autonomia) espreita, desencadeando, as mais das vezes a angústia de separação, indo o conteúdo dos protocolos neste sentido, assim como as realidades relacionais dos dois jovens.

Neste contexto, estamos aptos a pensar as acções delinquentes do Nuno e do Henrique como o apelo à lei e autoridade (a mesma que evitam pensar nas pranchas que o solicitam), como se a transgressão fosse o garante da testagem dos limites (fragilizados e afectados na maioria das respostas), em busca da mediação do interdito, o que faz todo o sentido, uma vez que a lei paterna é reconhecida no aceder à triangulação, ao pensamento e à elaboração da ausência, que nestes casos é pautada por uma relação dual, onde o que se evita é precisamente a diferenciação do outro e do próprio sujeito. Em última análise, o delinquente “pede” que a mãe-prisão o acolha, na boa relação simbiótica, mas também que lhe devolva os limites que nunca teve (é frequente que a “saida” do centro educativo desorganize os adolescentes).

Conclui-se que o processo adolescente do Nuno e do Henrique se encontra muito “nublado”, pois a procura de outros objectos se encontra vedada pela má qualidade dos relacionamentos com as imagos materna e paterna, incapazes de lhes fornecer os alicerces narcísicos e auto-estima, “continentes” necessários do remanejamento dos constrangimentos adolescentes e da autonomização inerente. Nestes dois casos é quase inútil falar da identidade sexual ou identificação idiomórfica, se vemos tão afectada a própria integridade corporal e psíquica (identidade subjectiva), mantida à conta de “carapaças” e permanentemente na corda bamba, oscilando entre a reparação narcísica e o falhanço da mesma.

Podemos concluir que, de facto o agir delinvente do Nuno e do Henrique, expresso no instrumento projectivo, é uma expressão de uma depressão de base associada a uma carência e falha nas relações primárias (imago paterna e materna), não se processando a introjecção do bom objecto (e a sua função continente), pelo que a simbolização se torna assaz difícil face às solicitações unitárias e relacionais das pranchas. Ou seja, denotam o corpo próprio fragilizado e a dificuldade em tolerar a separação face à

percepção do Outro, sabotando a tentativa de estabelecimento de uma identidade subjectiva e sexuada.

Relatório de Avaliação Psicológica

Dados de Identificação

Nome: (C.R.)

Data de Nascimento: 36 anos ?????

Habilitações Literárias: 9º ano de escolaridade

Profissão: Electricista (desempregado)

Objectivo do Pedido: Avaliação Psicológica para efeitos de esclarecimento de diagnóstico

Pedido por: ???

Informação / Observação

C.R. apresentou ao longo da avaliação psicológica um discurso factual e descritivo relativamente ao seu percurso de vida, denotando-se algum desinvestimento revelado por uma postura defensiva ao longo de todo o processo avaliativo. Sobressai ainda um discurso racional, desprovido de expressão afectiva, referindo os acontecimentos de vida mais significativos e dolorosos, de forma desafectada e sem ressonância emocional.

No que concerne à sua história de vida, começa por referir que é “ex-toxicod dependente” (sic.), sendo no entanto acompanhado num CAT, onde efectua o processo de desintoxicação, inserido num programa de substituição opiácea, desde há ano e meio, tendo deixado de consumir. Refere que gostaria de poder efectuar também um acompanhamento psicológico, uma vez que “ a toxicod dependência é como uma tatuagem” (sic.), afectando-o quer ao nível relacional (actualmente refere não ter contacto com a filha, desde os seus nove anos, manifestando tristeza sobre o desinteresse desta em relação a si, reconhecendo no entanto nada ter feito para fomentar uma reaproximação), quer profissional, nomeadamente: “se sabem que fomos toxicod dependentes, não temos trabalho” (sic.).

Refere ter iniciado o consumo de drogas leves (marijuana e haxixe) aos 15 anos, juntamente com os amigos de infância, no sentido de apaziguar o mal estar interior “estar tudo numa boa” , (frustração afectiva sentida na relação com o pai, descrito como violento, frio e distante, referindo episódios de “sovas de cinto e puxões de orelhas até ao candeeiro” (sic.) Contrariamente, a mãe surge como figura de apoio e protecção face à violência paterna, ajudando-o no “combate à droga” (sic.).

Nesta altura começa também a ter dificuldades ao nível escolar, tendo reprovado por três vezes, observando-se já nesta altura uma postura de desinteresse e desmotivação em relação aos estudos: “Era chato, ia passear para Lisboa. Não me dou muito bem com regras.” (sic.). Nesta altura, com o nono ano de escolaridade, abandona a escola, a fim de desempenhar funções como pacote durante seis meses.

C.R. exibe uma grande instabilidade profissional, devido a esta dificuldade em se implicar e investir nas relações que estabelece com o meio dada a baixa tolerância para gerir situações frustrantes e exigentes, tendo tido vários empregos (paquete e electricista), exercidos durante pouco tempo, remetendo-nos para a impossibilidade de manter no tempo quaisquer actividades laborais a que se tenha proposto.

Também a nível das relações evidencia-se igualmente a instabilidade, tendo tido vários relacionamentos “fugazes” (sic.). No entanto salienta o relacionamento de dois anos com a mãe da filha (de dezasseis anos), como a relação mais marcante, observando-se nesta fase uma diminuição significativa no que respeita ao consumo de substâncias, o que nos faz pensar num modo relacional onde predomina a procura de objectos de apoio gratificantes. Após o nascimento da filha, a relação termina por decisão da namorada. Esta separação é sentida como responsável por uma perda de objectivos – “levou os projectos com ela” (sic.), retomando e intensificando os consumos, desta feita com recurso a drogas pesadas (heroína e cocaína). Verificamos então que face à perda do objecto anaclítico surge a desorganização e o recurso a comportamentos agidos de consumo de substâncias, desta feita, indutoras de uma maior dependência.

Actualmente apresenta como queixas principais a depressão, isolamento social, desinteresse e desmotivação face ao meio circundante. “Fico deprimido bastantes vezes, perco o ânimo e não tenho vontade de fazer nada” (sic.). Refere o aparecimento da sintomatologia atrás descrita há cerca de dois meses, relacionando-a com problemas gástricos e esofágicos, que pensou poderem ser cancro (preocupações somáticas inerentes à vivência de um angústia de morte). No entanto parece-nos que estes afectos depressivos poderão encarar-se enquanto expressões de um processo evolutivo, inerentes ao abandono dos consumos, responsáveis pela obstrução ao pensamento e à elaboração psíquica da dependência de objectos anaclíticos.

Avaliação Cognitiva

A avaliação das funções cognitivas realizou-se através da aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos Revista – Wais-R.

A eficiência intelectual global avaliada através da Wais-R situa-se ao nível normal fraco, dando conta da existência de recursos cognitivos minimamente adequados em comparação com os valores normativos. Concomitantemente verifica-se um desfasamento significativo entre as escalas verbal e de realização, que se encontra abaixo desses valores normativos, dando conta de um funcionamento heterogéneo com desarmonia ao nível das funções cognitivas. No entanto o índice de deterioração mental não se revela significativo, o que remete para a inexistência de deterioração mental.

O facto de a escala de realização estar consideravelmente inferior à escala verbal poderá relacionar-se com o desinvestimento evidenciado por C.R. inerente à dificuldade no manejo da frustração sentida face às exigências das provas, verificando-se um rápido desinteresse e abandono das mesmas.

Os resultados mais baixos são obtidos nas provas de realização, especialmente nas que remetem para a capacidade de análise e de síntese. Surgem igualmente limitações ao

nível da organização perceptiva das relações espaciais e de reconhecimento antecipatório do todo a partir das partes constituintes, bem como ao nível da representação do esquema corporal e hábitos de trabalho, bem como na exactidão e velocidade psicomotora e flexibilidade associativa.

Os resultados mais altos são obtidos nas provas verbais, nomeadamente nas que remetem para a quantidade de informação armazenada a partir do meio ambiente, subjacentes ao interesse na realidade e capacidades de aprendizagem formal; as que medem a capacidade lexical e de compreensão das palavras e seu significado, reflectindo as capacidades ao nível do pensamento e aprendizagem formal; as que reflectem o grau de aculturação social e aceitação de normas convencionais, denotando um razoável contacto com o real e senso comum, assim como as que remetem para a capacidade lógico-abstracta para categorizar e ordenar as semelhanças em classes.

Avaliação de Personalidade

A avaliação da personalidade foi realizada através do Inventário Clínico Multiaxial de Millon – MCMI-II e da prova projectiva Rorschach.

Da análise do inventário clínico multiaxial de Millon, começamos por constatar a validade da escala.

Não se apurou a presença de resultados significativos ao nível das escalas de perturbação da personalidade, no entanto, e no que respeita aos padrões básicos de personalidade, observa-se uma elevação na escala anti-social, seguida da esquizóide. Assim sendo salientam-se as seguintes características intrínsecas ao funcionamento de C.R.: irresponsabilidade e violação de códigos sociais estabelecidos através de comportamentos ilegais, negação de obrigações pessoais relacionais ou profissionais, passagens ao acto devido a tensões dificilmente contidas pela sublimação e descarregados directamente de forma precipitada, e usualmente sem culpa subjacente, bem como a dificuldade na aceitação de limites inerente a uma marcada intolerância à frustração (patentes ao longo da história de vida de C.R.).

A presença de traços esquizóides parece constituir-se como uma defesa contra a propensão para agir, salientando-se a passividade, desinteresse, distanciamento afectivo, indiferença e superficialidade relacional, acentuadas pelo recurso à racionalização, subtraindo toda a carga afectiva à sua história de vida que se apresenta como o somatório de vários episódios factuais.

Ao nível da expressão sintomática, sobressai uma tendência para o uso de drogas e abuso de álcool, o que subjaz ao seu percurso de toxicod dependência.

Na análise da prova projectiva Rorschach, verifica-se um arranjo defensivo rígido da ordem da restrição, inibição e evitamento, dirigido contra angústias identitárias e relacionais, o que resvala para um empobrecimento cognitivo, afectivo e relacional. Deparamos com um desinvestimento global da prova, corroborado por um diminuto número de respostas, de onde se destaca um contacto meramente superficial com as temáticas suscitadas pelos cartões, o que impele C.R. à procura de um banalização

excessiva das respostas com o recurso a alguma racionalização. Encontramos também um sobreinvestimento das barreiras interior/exterior, dando conta de um precaridade dos limites do próprio, além de uma demarcada sensibilidade aos aspectos sensoriais dos preceptos (procura de protecção e apoio face à angústia quer interna, quer externa), de onde emergem representações de imagens internas, relações especulares dos preceptos, e duplos narcísicos, remetendo para uma identidade e identificação sexual afectadas, em que a conflitualidade e a diferença são negadas.

O contacto com o real é satisfatório, havendo uma adaptação preceptiva de base, o que permite uma socialização em superfície, havendo no entanto um comprometimento da socialização em profundidade, devido à incapacidade de C.R. conseguir estabelecer relações íntimas e empáticas.

Conclusão

A partir dos dados recolhidos nas entrevistas e nas provas, consideramos que estamos perante um funcionamento marcado por um arranjo defensivo, rígido, da ordem da restrição, inibição e evitamento, que nos parece a resposta à supressão dos consumos de substâncias e à sua tendência para agir impulsivamente. Desta forma, impõe-se actualmente uma fase depressiva inerente e consequente à ausência do objecto de apoio – droga, que se constituía como medida anti-pensamento, potenciando o evitamento do contacto com o afecto depressivo e a frustração afectiva. C.R. encontra-se num processo de gestão da ausência deste objecto sempre disponível e gratificante (droga), confrontando-se com o vazio por ela deixado, facto que põe o descoberto uma grande dependência afectiva e resposta depressiva consequente.

Verificamos também uma grande dificuldade no manejo da frustração inerente tanto às dificuldades sentidas nos seus relacionamentos afectivos como actividades laborais, mantidas ao longo de curtos espaços de tempo e facilmente abandonados.

Todo este quadro permite-nos colocar a hipótese diagnóstica de estarmos perante um funcionamento limite (perturbação da personalidade borderline), sendo aconselhável um acompanhamento em consulta da especialidade.

EQUIPA DO SERVIÇO DE DOENTES RESIDENTES

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA Nº / 05

Nome: (FP.)

Data de nascimento: 01/01/1955????

Escolaridade: Analfabeto

Objectivo do pedido: Avaliação para esclarecimento dos aspectos cognitivos e de personalidade

Médico assistente: Dr^a Fernanda Martins

Enfermaria: 9^a enfermaria

Duração do actual internamento: 02/07/1981 (23 anos)

Observação/Informação

FP. apresenta-se com uma imagem cuidada, envergando a sua própria roupa e não o uniforme hospitalar. Inicialmente apresenta-se renitente em comparecer à entrevista, argumentando ter “muitas coisas para fazer” (sic.). Após algumas tentativas de diálogo, FP. acedeu à realização da avaliação. É de salientar que FP. apresenta dificuldades ao nível do aparelho fonador, tornando-se por vezes de difícil compreensão o que verbaliza e apresentando quebras ao nível do encadeamento de um discurso empobrecido e circunscrito. Apresenta também uma lentificação psicomotora, aliada à retenção de líquidos que apresenta nos membros inferiores, deslocando-se de forma morosa e por vezes prostrada.

Ao tentar indagar os motivos subjacentes ao internamento de FP e a sua história pregressa, damo-nos conta de um discurso construído sem tempo ou espaço, onde FP. conta alguns episódios que se repetem, parecendo a sua história de vida e acontecimentos marcantes resumir-se a “flashes” de memória. FP. conta-nos que sempre trabalhou em caixilharia e obras, sendo uma das suas preocupações mais notórias, a da qualidade das portas, janelas, paredes deterioradas do hospital e infiltrações, minuciosamente apontadas: “tem de se tapar com cimento, gesso e pintar de branco” (sic.). Paralelamente a este discurso refere as suas dores reumáticas, que o obrigam a tomar medicação e injeções, tendo também os “pés inchados, retenção de líquidos e má circulação” (sic.), parecendo-nos que todas estas preocupações acerca da robustez estrutural dos edifícios/ele próprio, poderão apontar para angústias ao nível da sua vivência corporal, em termos de risco de derrocada/fragmentação.

FP. não recorda afectos ou episódios concretos acerca da infância ou adolescência, referindo apenas que “a minha mãe me tratava das roupas, e já nessa altura sentia dores nas pernas” (sic.) parecendo-nos haver uma sobreposição/indiferenciação entre o passado e o presente. Prossegue dizendo que foi “operado e aberto na barriga e garganta

(operado à bexiga)” (sic.), denotando-se a dificuldade de delimitar e identificar as suas partes constituintes, identificando apenas a sua debilidade e risco de dispersão/fragmentação, vividos a um nível corporal.

FP. acaba por distanciar-se desta temática, referindo ter estado antes nas instalações “do Pisão e na Mitra” (sic.), onde “levei com um pau de marmeleiro e fui maltratado” (sic.). Reforça novamente e com orgulho vestir roupa própria e não “andar como os outros” (sic.).

Inerente à temática das actividades laborais exercidas, refere ter sido ajudante de fiscal da Carris. “corria com aqueles que não tinham passe” (sic.), acrescentando que actualmente trabalha não só no Hospital, onde “ajudo muito e não faço mal a ninguém” (sic.) mas também, e numa lógica delirante com recurso à projecção de conteúdos mais persecutórios relacionados com as figuras de autoridade: “sou eu que faço a lista dos destacamentos dos polícias e das mulheres polícia” (sic.). Parece-nos emergir neste ponto, um funcionamento clivado onde em FP. se opõem o bom e o mau, sendo que o último é expelido para o exterior (polícia), e controlado a partir daí : “tenho reuniões com eles” (sic.).

Do discurso de FP. e reforçando o que já foi referido, verifica-se a inexistência do reconhecimento do espaço e do tempo.

Avaliação Cognitiva

A avaliação das funções cognitivas realizou-se através da aplicação do Mini-Mental State (M.M.S.) com o intuito de despistar a presença de deterioração mental, não se tendo apurado defeito ao nível das funções cognitivas, apesar das dificuldades ao nível da identificação espácio-temporal.

Avaliação de Personalidade

A avaliação da personalidade foi realizada através da prova projectiva Rorschach