

Edição
do Mês

Arquivo

Internacional

Mailing
List LBP

Eventos

Instruções
aos autoresQuem
SomosCorpo
Editorial

Translate

English ▼

Julho de 2009 - Vol.14 - Nº 7

Artigo do mês

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM PACIENTES MANÍACOS: RECONSTRUÇÕES TEÓRICAS BASEADAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Braz Dario Werneck Filho
Instituto Fluminense de Saúde Mental (IFSM)
STOP Multiclínica

Resumo: Este estudo tem como objetivo esclarecer as peculiaridades do Acompanhamento Terapêutico em casos de crise maníaca. Com base no relato de dois casos clínicos, procuramos demonstrar a variedade e a gravidade do quadro maníaco. Este quadro é um dos mais contundentes exemplos da necessidade de que a intervenção psicológica esteja atrelada ao tratamento médico. Além disso, indicamos o Acompanhamento Terapêutico (AT) como a intervenção psicológica possível na crise maníaca. Em nossa experiência clínica, observamos que não há respostas de pacientes maníacos a uma intervenção psicoterapêutica. O Acompanhamento Terapêutico é indicado por suas características diferenciais como: utilização do espaço e do tempo cotidianos do sujeito; estabelecimento de relações mais próximas entre terapeuta e paciente, e entre terapeuta e familiares. Nossa hipótese central é de que o AT na crise maníaca deva ser exercido de uma forma diferente daquela que a teoria propõe. O indivíduo maníaco não responde a um tratamento ancorado em ideias básicas de respeito à singularidade e estímulo ao potencial criativo do sujeito. O terapeuta tem de limitar, cercear, conter a inadequação de comportamentos provocada pela alteração do humor. Esse procedimento será não apenas salutar, mas também poderá salvar, em casos mais graves, a vida do paciente e de pessoas ao seu redor. Numa crise maníaca, a pessoa pode interpretar os fatos de forma correta e compreender limites sociais, mas não consegue se conter, mesmo sabendo de sua inadequação. A Mania não amplia as possibilidades existenciais do indivíduo, apenas provoca o seu confinamento em um lugar de sujeito esquisito e quase sempre, insuportável. O AT nesses casos deve objetivar a remissão da crise antes de se orientar por questões sociais e políticas.

Descritores: Acompanhamento Terapêutico; Mania; Transtorno Bipolar.

Therapeutic Counseling with manic patients: theoretical reconstructions based on clinical practice

Abstract: The aim of this study is to clarify the peculiarities concerning the therapeutic counseling during manic episodes. Based on two clinical case reports, we aim to show the variety and severity of the manic phase. This disorder shows that it is highly recommended that the psychological intervention be used in conjunction with medication. Furthermore, we think that the Therapeutic Counseling is the possible psychological intervention during a manic episode. In our clinical experience, we noticed that manic patients do not respond to psychotherapeutic interventions. The Therapeutic Counseling is recommended due to its special features; i.e., the fact that it enables the therapist to share the individual's space and time and to establish a closer rapport with the patient and his/her family. Our main hypothesis is that during the manic episode, the Therapeutic Counseling should be different than what is proposed by theory. The manic person does not respond to a treatment based on ideas preaching the benefits of respecting the individual's own singularities and stimulating his/her creative potential. The therapist has to limit and control the inadequacy of behavior caused by mood disturbances. Not only is this procedure beneficial

in more severe cases, but it can also help save the patient's life and also the people around him/her. During a manic episode, the individual may correctly interpret the facts around him/her, as well as understand the social limits, but he/she cannot control himself/herself even when he/she knows that the behavior is inadequate. Mania does not enlarge the individual's existential possibilities; it only categorizes the individual as a strange person, and usually an unbearable one. The Therapeutic Counseling should aim at the remission of the manic phase before dealing with social and political issues.

Keywords: Therapeutic Counseling; Mania; Bipolar Disorder

Introdução

O objetivo deste trabalho é demonstrar algumas peculiaridades do Acompanhamento Terapêutico (AT) nos casos de Mania, utilizando, para isto, o relato de dois casos clínicos. Propomos que o Acompanhamento Terapêutico para pacientes maníacos precise de um planejamento diferenciado, por conta da gravidade e do risco inerentes ao quadro.

Temos observado que o Acompanhamento Terapêutico em casos de Mania não apresenta boa resposta quando estimula a criatividade, a produtividade e o movimento. Esses são aspectos que devem ser contidos no paciente maníaco, não estimulados.

Este estudo conta, inicialmente, com uma breve revisão da literatura sobre o AT e sobre o quadro de Mania, para embasar a discussão ora proposta. Vale ressaltar que, além de tal revisão, utilizaremos ideias oriundas de nossa experiência clínica, para corroborar ou sugerir novos olhares para a literatura. Em seguida, o relato dos dois casos, com suas respectivas evoluções. Por fim, considerações clínicas sobre o AT na intervenção em crises maníacas.

O pressuposto básico deste estudo é a necessidade de uma avaliação clínica competente para que sejam contemplados os aspectos subjetivos e as necessidades objetivas. O quadro maníaco retrata com propriedade a necessidade de uma intervenção médica para que se torne possível um tratamento psicológico. A compreensão da dinâmica subjetiva e do entorno familiar é muito importante, mas não deve estar sobreposta às necessidades práticas e emergenciais que o episódio maníaco apresenta.

O AT possui, em suas formulações teóricas, grande preocupação com o estímulo à criatividade e à produtividade do indivíduo. Para o caso dos quadros maníacos, entretanto, tal estratégia se mostra ineficaz e contraproducente, como discutiremos a seguir.

O paciente maníaco pode se beneficiar com uma intervenção psicológica. Sugerimos, entretanto, que tal intervenção aconteça pelo viés do AT e não, da psicoterapia.

Consideramos importante uma reflexão teórica específica para casos de Mania, pois temos observado a necessidade de uma prática diferente da proposta pelos teóricos do Acompanhamento Terapêutico.

Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma modalidade de atendimento clínico exercida na maioria das vezes por psicólogos, que funciona como alternativa à internação psiquiátrica. Temos observado, em nossa prática, que é um importante fator de resgate existencial e ocupacional do indivíduo.

Podem ser enumeradas como características essenciais do Acompanhamento Terapêutico o espaço e o tempo cotidianos (Rossi, 2007), a relação terapêutica e o movimento engendrado nesse espaço-tempo, mediante essa relação.

O AT acontece frequentemente na casa do paciente, mas não é uma psicoterapia em domicílio. O caráter cotidiano do Acompanhamento Terapêutico é responsável pela sua essencial diferença em relação ao trabalho ambulatorial (psicoterapia). O paciente não tem o seu ambiente terapêutico restrito a quatro paredes de um consultório. Pode utilizar-se - e geralmente o faz - da rua, de outras pessoas, de estabelecimentos, ou mesmo de elementos naturais.

As relações que se estabelecem com paciente e família são relações de maior proximidade, o que pode potencializar a resposta ao tratamento.

O AT acontece em momentos e lugares que tornam possível a apreensão de características subjetivas, que devem ser analisadas de forma objetiva, para que se chegue a uma compreensão real dos problemas. Esta concepção não goza de unanimidade dentro da comunidade do AT; é uma proposta baseada no Método Fenomenológico proposto por Edmund Husserl (Goto, 2008).

Devemos ressaltar o caráter de intervenção no momento da crise, que é peculiar ao AT. O acompanhante terapêutico (*at*) é o profissional designado para promover um ambiente onde a crise (maníaca, esquizofrênica, depressiva etc.) seja tão breve quanto possível.

Uma das definições que podemos sugerir para o Acompanhamento Terapêutico:

Atividade clínica exercida no espaço-tempo cotidiano, mediada e potencializada pelo mesmo, tendo como instrumentos a intuição e a relação terapêutica, para remissão de crises e produção de movimento saudável (concreto e subjetivo), visando a um resgate existencial e ocupacional do paciente.

Sugerimos, também, a observação da conceituação de Rossi (2007), que diz:

El AT es un recurso clínico especializado que opera desde un abordage psicoterapêutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapêutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento interdisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crises o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapêuticas clásicas. (p. 44).

A convivência cotidiana entre acompanhante e acompanhado traz possibilidades muito diferentes em relação à avaliação e ao plano de tratamento a ser estabelecido. O *at* está dentro do ambiente do paciente, observa e passa a conviver com a família, interfere na relação familiar, afeta e é afetado de forma incontestável, sem dar chance a um ideal de neutralidade. Pela relação estabelecida com o terapeuta, o paciente escapa gradativamente da rotina que o coloca constantemente no lugar de incapaz ou de aberração. Assim sendo, no fim de uma crise, o paciente sai do lugar de louco sem ter deteriorado suas possibilidades futuras, sociais e existenciais.

É imprescindível que o profissional estabeleça sempre um projeto terapêutico. Caso se entre na casa de um paciente para, simplesmente, propor atividades que lhe ocupem o dia, não se alcançará qualquer objetivo. Para cada caso, uma forma de intervenção, uma linguagem, uma maneira diferente de chegar devem ser utilizadas.

O quadro maníaco ilustra muito bem a necessidade de uma outra abordagem do paciente e da família. A sua gravidade do quadro e a dificuldade de intervenções terapêuticas demandam um contato próximo, na tentativa de minimizar interferências contraproducentes dos familiares.

Mania

O quadro maníaco manifesta-se basicamente por uma exaltação do humor. Além de apresentar-se isoladamente, é componente essencial (em sua forma franca ou na chamada Hipomania) do Transtorno Bipolar, um transtorno grave, recorrente e incapacitante (Basco & Thase; *in* Caballo, 2003). Nos episódios de mania ocorrem mudanças extremas no comportamento e nas cognições (Knapp, 2004).

A Mania tem como características essenciais uma alegria patológica e uma expansão do *Eu*. Quase sempre presente está a aceleração de todas as funções psíquicas (Dalgarrondo, 2000). A alteração maníaca do humor faz com que os doentes se sintam felizes, ótimos, cheios de forças antes desconhecidas, mais jovens. Sentem-se grandes e importantes; prejudicam a relação com as pessoas por perderem o respeito e a consideração (Ey, 1965). É muito comum a deterioração das relações sociais e familiares dos pacientes maníacos. A forma pela qual se pode evitar esse processo é a prevenção, com a avaliação eficaz e o estabelecimento de uma estratégia terapêutica tão logo seja constatado o quadro.

A manifestação mais intensa do quadro maníaco, também conhecida como *Furor Maníaco*, apresenta sintomas mais graves e perigosos, como agitação psicomotora importante, heteroagressividade, fuga de ideias e delírios de grandeza (Dalgarrondo, 2000). O *Furor Maníaco* torna o paciente constantemente vulnerável a situações de complicações com a lei (Ey, 1965). Em nossa experiência, temos observado que pacientes em estado de furor maníaco não respondem a qualquer intervenção psicoterapêutica, sendo indicado o início imediato do tratamento psiquiátrico e muitas vezes, sanções legais.

Uma forma mais branda do quadro maniaco é conhecida como Hipomania. O paciente pode, muitas vezes, não dar a perceber o seu humor exaltado. Sente-se mais produtivo, fala muito, conta piadas, não demonstra ressentir-se por dificuldades ou limites impostos pelo dia-a-dia. Na Hipomania não ocorre um prejuízo sério do indivíduo e de seu meio relacional e ocupacional, como acontece no quadro maniaco (Dalgalarrodo, 2000). Nesses casos, uma das tarefas do profissional é perceber a diferença entre um quadro hipomaniaco e um quadro não patológico de felicidade extrema.

O início do quadro maniaco pode ser percebido pelo paciente ou pela família. Os eventos precursores, geralmente são comportamentos extravagantes e invasivos, somados a ideias insólitas. Entretanto, a crise pode começar de forma brutal, sem sinalizações prodrômicas. Nesse caso, o paciente é invadido, repentinamente, por uma onda de bem-estar, potência e necessidade de realização. As palavras se fazem cada vez mais abundantes e rápidas. O paciente inicia vários projetos e demonstra irritação quando da imposição de quaisquer limitações. Tudo nele se torna exagerado (Ey, 1965).

O tratamento do paciente maniaco pode dar a impressão equivocada de que seja um trabalho fácil e até, em alguns casos, divertido, pois o paciente se mantém em ampla atividade, com respostas e tiradas inteligentes para várias situações. Tais características não amenizam a gravidade do quadro, ao mesmo tempo em que se tornam armadilhas para profissionais inexperientes ou incompetentes.

A produtividade e a positividade do paciente maniaco devem ser observadas com rigor profissional, pois o quadro pode sofrer mudanças repentinas e o terapeuta menos avisado, se estiver estimulando a ampliação de redes sociais e a movimentação desse paciente, não conseguirá resposta terapêutica e ainda agravará o quadro. O episódio maniaco nem sempre se apresenta de forma positiva (engraçada, criativa etc.). Como bem ressaltado por Bleuler:

Essa euforia se transforma rapidamente em raiva ou cólera se encontram obstáculos ou situações desagradáveis, quando o sentimento do *self* é ferido e quando é necessário colocar impedimentos à sua vontade de agir. (1943/1985. p. 321).

O quadro maniaco apresenta uma agitação peculiar, que está relacionada diretamente à hipertímia e ao taquipsiquismo (Bastos, 2000). Uma citação emblemática sobre um momento de agitação maníaca é feita por Cláudio Galeno, que viveu em Roma no século II. Bastos (2000) nos traz esta citação:

Em Roma, um doente que foi deixado em casa apenas com um escravo, levantou-se do leito, chegou à janela e perguntou aos transeuntes se queriam que lhes jogasse seus vasos de vidro. Os passantes, rindo-se, responderam que sim, e o aplaudiram. Ele então foi atirando todos os seus vasos pela janela, entre os risos e os aplausos do público. Aí perguntou se queriam que atirasse também o escravo. Disseram que sim, e ele imediatamente o atirou. Nesse momento pararam de rir e acudiram correndo o escravo que fora atirado pela janela e cujo corpo estava despedaçado. (*in* Bastos, 2000; p. 179)

A literatura e os estudos sobre a Mania, mostram que costuma acontecer entre 20 e 50 anos, e é comum que se encontrem nos dias que antecedem a crise, situações desencadeantes, como por exemplo, forte tensão emocional.

O quadro maniaco pode vir acompanhado de marcantes dificuldades emocionais, abuso de álcool e outras substâncias, irrupção de problemas familiares e desesperança generalizada (Newman et al, 2006).

O termo mania foi utilizado, até o século XIX, em um sentido muito mais amplo, chegando mesmo a ser sinônimo de Loucura. No início do século XIX, com as ideias de Pinel e Esquirol, e com mais contundência, depois de 1850, a Mania passou a ser entendida como uma crise, cuja forma franca e aguda foi integrada ao quadro que se chamava de psicose periódica (maniaco-depressiva) (Ey, 1965), que se conhece atualmente por Transtorno Bipolar. Os casos clínicos apresentados a seguir mostram dois quadros clinicamente diferentes, com evoluções distintas, que nos servem para avaliar as dificuldades e possibilidades encontradas pelo at e pela equipe terapêutica.

Caso clínico I

Paciente do sexo feminino, 50 anos, separada, mãe de três filhos, mora com estes e o ex-marido. Trabalha como funcionária administrativa. Começou a apresentar dificuldades sociais e afetivas ainda na adolescência. Apresenta, também, desde então, alterações de comportamento, não conseguindo levar adiante nenhum de seus projetos.

Sua primeira crise, aos vinte anos, apresentou ampla sintomatologia delirante e alucinatória, agitação, fuga de ideias e agressividade, levando a própria paciente a pedir uma internação psiquiátrica, que durou cerca de duas semanas. Vinte anos depois, o episódio se repetiu: solicitou nova internação, que também se manteve por pouco tempo.

Apresenta, desde a adolescência, instabilidade em todos os campos da vida. Não concluiu o terceiro grau, tendo estabelecido e mantido vínculo com diferentes universidades; usou drogas circunstancialmente, tendo parado após ingressar em grupo de ajuda. Com dez anos de casada, separou-se, indo morar na casa do pai e deixando seus dois filhos com o marido. Viveu com o pai até a ocasião de nossa entrada no caso.

O Acompanhamento Terapêutico com a paciente iniciou-se há cerca de quatro anos, quando de um novo episódio crítico. Ocorreu retorno da sintomatologia delirante e uma nova internação foi cogitada; até que a família optasse pela consulta de um outro psiquiatra. Esse médico afastou a hipótese de internação e modificou a medicação da paciente, que tomava dose maciça de neurolépticos e nenhum estabilizador do humor. Prescreveu Lítio e encaminhou a paciente para o AT, planejando iniciar psicoterapia ambulatorial tão logo ocorresse remissão dos sintomas.

Diante da gravidade do quadro iniciamos o AT com duas sessões semanais e o acompanhamento psiquiátrico. A gravidade da crise foi dando lugar a uma vinculação forte entre terapeuta e paciente, que demonstrava bom nível cultural e apreciava jogos de palavras, detalhe que se mostrou favorável à vinculação inicial. Com o diagnóstico feito pelo médico (F 31.2 - Transtorno Bipolar: *episódio atual maníaco com sintomas psicóticos*) e o início da remissão dos sintomas, foi introduzida a ideia de mudança no tratamento. Nesse ínterim, a paciente já dava sinais de alguma demanda de psicoterapia, com questões relativas ao seu lugar na sociedade e na família.

Em cerca de vinte dias, o quadro maníaco cedeu completamente e a paciente passou a ser atendida no ambulatório. Seu interesse na terapia era resgatar o relacionamento com as pessoas da família e “*voltar a ter uma vida normal*”. Ao longo do processo, apresentou grande dificuldade em aderir a propostas como tarefas de casa, estratégias dirigidas etc. Entretanto, seu potencial de vinculação era alto, até por conta de sua evidente fragilidade emocional.

Com cerca de quatro sessões de AT (duas semanas) o efeito da medicação já começava a ser observado na rotina da paciente. Os jogos de palavras não eram mais a única forma de estabelecer comunicação com os outros, inclusive o terapeuta. Passou a demonstrar interesse no seu tratamento e a manifestar compreensão sobre a melhora de seu quadro clínico, embora recusasse o diagnóstico psiquiátrico.

Após os primeiros atendimentos, observou-se o potencial e a necessidade de um trabalho psicoterápico, que viria a substituir, gradativamente, o Acompanhamento Terapêutico.

A convivência com a paciente em seu ambiente natural, sem pressões, na maioria das vezes sem estabelecer características comuns a uma consulta psiquiátrica, parece ter potencializado o efeito da medicação e a remissão da crise. O trabalho do terapeuta foi constantemente de estabelecer limites e não ceder a negociações propostas pela paciente. Como o quadro era amplamente delirante e a paciente não se preocupasse em negociar muito, foram feitas algumas intervenções mais duras, para que os limites pudessem ser estabelecidos. Observou-se que a paciente respondeu muito bem após a imposição de uma ou duas situações de limite claro, feitas com firmeza pelo profissional. Ao invés de acirrar qualquer comportamento de resistência, esse tipo de intervenção amenizava a irritação e mostrou contribuir para uma maior confiança da paciente no terapeuta.

Concluimos, neste caso, que no momento da crise, caso fossem respeitadas as vontades e as tentativas de diálogo da paciente, ela poderia ter colocado em risco a sua própria vida.

A sintomatologia delirante dessa crise pode ter tornado mais simples para o terapeuta assumir o papel de limitador, figura de lei. Ficava claro, nos delírios da paciente, que ela não teria condições de resolver qualquer problema ou mesmo de zelar pela própria segurança.

Atualmente, a paciente está trabalhando normalmente, com acompanhamento médico e psicológico regulares, não passou por outras crises que demandassem internação ou atendimento domiciliar.

O caso clínico II nos faz deparar com uma outra peculiaridade: a mania não-delirante, onde a paciente mantém preservada a *Consciência do Eu* e resiste, de forma argumentativa ao tratamento e à ideia de estar doente.

Caso clínico II

Paciente do sexo feminino, com 20 anos, solteira, estudante, sem filhos. Mora atualmente com os pais e o irmão mais novo. Começou a apresentar oscilações importantes de humor há cerca de um ano, quando iniciou tratamento para depressão. Fez uso de medicação antidepressiva, até final do ano de 2008, quando apresentou melhora do quadro e viajou com amigos para passar férias no interior do estado.

A crise maníaca teve início nessa outra cidade, no final do mês de Janeiro. A paciente começou a apresentar quadro de Mania Franca, com humor exaltado, fuga de ideias, fala ininterrupta, realizando festas e passeios de forma desordenada e

exagerada, dormindo menos de duas horas por noite. Ela própria relatou algumas extravagâncias, dizendo que “*precisava fazer muitas coisas*”, que “*estava namorando muito, precisava ajudar pessoas e visitar lugares ao redor do mundo*”. Declarava sentir-se ótima e não entendia o motivo pelo qual estava sendo levada a uma consulta médica.

O psiquiatra entrou no caso e sua primeira medida foi interromper a tal viagem e providenciar o retorno da paciente à sua residência. A partir de então, foi solicitado o serviço de Acompanhamento Terapêutico, com a frequência de três sessões semanais, além do serviço de enfermagem, durante as vinte e quatro horas do dia.

A paciente começou a fazer uso de medicação estabilizadora do humor, tendo sido diagnosticada com Transtorno Bipolar *episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos*. O AT iniciou-se à sua revelia. Ela, mesmo assim, não se mostrou contrária à presença do psicólogo em sua casa.

Os primeiros atendimentos tinham como objetivo principal estabelecer o vínculo possível e conscientizar a família sobre a necessidade de preservação da paciente. Esta mantinha o movimento de convidar a todos os amigos para sua casa, gastava horas ao telefone, estourou o limite de crédito de seu pai e, ainda assim, a família se mantinha em uma postura flexível, por conta da capacidade lógica preservada na paciente. Os pais abriam concessões e negociavam repetidamente os limites estabelecidos. Essa flexibilidade dificultou a adesão da paciente ao tratamento. Algumas intervenções foram feitas, principalmente pelo médico, no sentido de fortalecer a função de lei da figura paterna. A dificuldade em dizer não para a paciente foi e vem sendo discutida exaustivamente com a família.

A primeira semana foi de constantes contatos telefônicos com o pai, e de uma relação de tensão com a paciente. A vinculação que ia se estabelecendo era por meio dos limites impostos, nada mais. A paciente relatava incômodo com a medicação e reclamava reiteradamente de seu pai. Quando da presença do psicólogo, entretanto, via-se em situação de ter que aceitar a determinação médica, de reclusão total, até a remissão da crise.

O comportamento de tentar negociar era uma constante na paciente. Mostrava-se simpática, era sutil em alguns pedidos e continuava conseguindo algumas concessões da família. Tais concessões se mostravam prejudiciais para o tratamento, pois facilitavam a exposição social da paciente. Mesmo assim, a família continuava cedendo a alguns pedidos da paciente, contrariando as determinações da equipe.

No início da segunda semana, o humor estava menos exaltado, mas o quadro maníaco ainda era amplamente perceptível. Foi feita uma reunião com a família, da qual a paciente preferiu não participar e onde foi esclarecido pelo *at* como a família poderia atrapalhar o bom andamento do caso, continuando com uma atitude condescendente para com os exageros da paciente. Os membros da família expressaram a dificuldade em lidar com situações onde o limite fosse necessário, mas como o médico do caso já havia informado que o quadro poderia ter consequências sociais e afetivas muito graves, eles estavam decididos a mudar seu comportamento. Com a paciente, no mesmo dia, e na presença de seus pais, foi também feita uma reunião, muito curta, tendo durado cerca de dez minutos, onde a paciente não teve direito à fala. O *at* repetiu as palavras do médico e informou à paciente que ela não teria espaço para negociações até que o seu senso crítico estivesse restabelecido, o que seria determinado após avaliação do mesmo médico. Ela esboçou uma reclamação, os pais se mostraram consternados, mas não interferiram.

A paciente passou a acatar as determinações e esperar o final de sua crise. Admitiu que estivesse um pouco mais agitada do que de costume, mas insistia que o período que denominamos crise fora um dos mais produtivos e felizes de sua vida.

Na terceira semana após o início do uso da medicação a paciente apresentou amplas melhoras na exaltação do humor. Com o passar dos dias, demonstrava recuperação da capacidade de concentração, o comportamento tornou-se mais adequado e ela apresentou maior preocupação com as regras sociais e familiares.

A relação estabelecida com o terapeuta passou de uma tentativa de persuasão para uma atitude constantemente amistosa, parecendo autorizar o tratamento, sem deixar de criticar aquilo com que não concordasse. Passou a controlar o horário dos atendimentos, como forma de demonstrar que está mais organizada.

Assim como no primeiro caso, foi essencial a postura de não negociação da equipe envolvida. Qualquer concessão que se lhe era feita, provocava novas tentativas de ir a lugares distantes e impossíveis para aquele determinado momento.

Atualmente, o tratamento continua estruturado com AT e Psiquiatria, com o projeto estabelecido de substituição do AT pela psicoterapia e manutenção das consultas ao psiquiatra.

A paciente encontra-se em discreta remissão da sintomatologia maníaca, com possibilidade de cumprir combinações feitas com dias de antecedência. Ainda apresenta, menos intensamente, aceleração do pensamento, pressão na fala e fuga de ideias. Relata tristeza e desesperança em relação ao seu futuro. Entretanto, essa tristeza parece fazer parte de uma labilidade afetiva, muito mais do que uma queda de humor para um quando depressivo.

Discussão e Conclusões

A partir desses dois atendimentos, surgiram algumas questões que nos parecem relevantes sobre a clínica do Acompanhamento Terapêutico e sobre a relação do serviço com os outros serviços de saúde mental.

Falemos antes, sobre o lugar ocupado pelo AT, na clínica de Saúde Mental. Em nossa experiência, circulando por vários dispositivos clínicos, como hospitais, consultórios particulares, manicômios, costumamos observar grande dificuldade para que o AT seja esclarecido em suas funções e aplicações. Um dos sintomas superficiais desse quadro é a relação que os próprios acompanhantes terapêuticos mantêm com a sua prática. A maioria veicula a ideia de que o AT é solicitado quando um tratamento não pode ser conduzido pelo médico ou pelo psicoterapeuta, quando o equilíbrio do tratamento convencional foi rompido. Nas palavras de Camargo (2001):

Somos chamados pelo terapeuta, psiquiatra e mesmo pela família porque romperam-se as comportas de equilíbrio da represa-família e como resultado desse rompimento emergiu nosso cliente com sua patologia, que é ao mesmo tempo individual e grupal. Raramente, porém, somos chamados no momento da ruptura, mas sim num tempo posterior, quando o grupo já tentou recuperar-se sem ajuda externa e fracassou. (P. 53).

O relato dos casos feito anteriormente, mostra que o momento em que o serviço foi solicitado é, praticamente, o mesmo momento em que o psiquiatra entrou no caso. Observamos assim, uma mudança clara nos paradigmas relacionais entre AT e profissionais de saúde. Em outras palavras, hoje, é possível encontrar profissionais, principalmente, psiquiatras, que valorizem a peculiaridade clínica do acompanhamento terapêutico.

No trabalho com pacientes em crise maníaca, não podemos cristalizar a nossa atuação no objetivo de respeitar e potencializar a criatividade do paciente, para depois construirmos algo saudável dentro da relação terapêutica. Essa função é muito bem esclarecida por Barreto (2000), que a nomeia como função de *holding*. O trecho a seguir fala sobre uma cena ocorrida entre D. Quixote e Sancho Pança, que são utilizados de forma perspicaz por Barreto, para ilustrar a relação acompanhante-acompanhado. Na referida cena, D. Quixote se lança a enfrentar trinta ou quarenta moinhos de vento, como se fossem gigantes. Sancho adverte seu amo, mas permite que ele vá em frente e conclua sua ação. Logo depois, está lá, para amparar e dar o suporte necessário ao que quer que seu amo venha a sentir. Em sua análise da cena, Barreto explica:

Vemos que apesar de todas as advertências de Sancho Pança, nosso cavaleiro se arremeteu com toda fúria contra os gigantes do campo de Montiel. Sancho resignou-se a desaconselhá-lo de tal investida, porém não tentou impedi-lo fisicamente. Esperou o desenrolar de tamanho sucesso, no qual nosso amo levou a pior. O que seria de D. Quixote caso seu fiel escudeiro ali não estivesse para socorrê-lo? (...) nessas situações, que nos damos conta da importância do escudeiro. (Barreto, 2000. P.59)

O autor se utiliza de um termo cunhado por Winnicott (*holding*) para definir a função desempenhada pelo AT nesse momento. Essa função fornecerá a uma pessoa a experiência de uma continuidade, constância física e psíquica (Ibidem, p. 60). Nossa experiência com a crise maníaca, entretanto, aponta para o sentido oposto. O paciente maníaco demanda limitações, deve ser cercado em sua produtividade para que não venha a colocar em risco a sua própria segurança nem a dos outros. No segundo caso aqui relatado, aconteceu que a paciente esperava a presença do terapeuta em sua casa para conseguir dialogar com os seus pais, no sentido de conseguir realizar os seus projetos. Ela frequentemente dizia: *“Mas como eu posso estar doente, se estou com tanta vontade de pensar e de realizar coisas novas? Vocês não sabem nada da minha doença! Eu entendo muito mais do que vocês o que acontece comigo!”* Nesses momentos, o diálogo transcorria da seguinte forma: *“No momento, é preciso ser assim!” “Mas eu já tenho tudo organizado: vou visitar a minha médica preferida (porque eu confio nela muito mais do que em vocês), depois vou ao centro espírita, depois vou tomar um banho de mar em ... (nome de uma praia a cerca de cinquenta quilômetros de sua casa)...”* Nessa cena, a paciente deu uma lista interminável de atividades para um único dia. Disse que não se importaria em comer, pois não precisaria; declarou que sua mãe poderia levá-la de carro aos lugares distantes, se andasse em alta velocidade etc. Ficou claro que os limites não teriam importância alguma. Só restava ao terapeuta, agir no sentido de proibir todos aqueles projetos, toda aquela criatividade.

Não podemos esperar pelas consequências dos atos maníacos, pois elas podem ser irreparáveis. Podem provocar um dano não só físico, com também subjetivo no próprio paciente, a partir do momento em que ele recupere o seu senso crítico e perceba algumas das coisas que fez. No primeiro caso relatado, a paciente declarava que ninguém poderia segurá-la em casa, pois tinha muitas coisas para resolver, precisaria ir *“vários lugares no estado do Rio de Janeiro e tinha apenas um dia pra visitar cinco ou seis cidades”*. Quando impedida pela equipe de enfermagem, a paciente ficou agressiva e tentou fugir de sua residência, tendo sido contida por familiares.

Um outro ponto que se mostra essencial para o AT na crise maníaca é o vínculo a ser estabelecido com a família. O paciente maníaco se apresenta sem condições de decidir o que é melhor para si. Isto deve ser passado de forma contundente para a família, para que o tratamento não seja atrapalhado pelas concessões, mascaradas num respeito à individualidade do paciente. No

caso clínico 2, o pai da paciente mantinha uma posição de admiração pela capacidade intelectual da filha. Costumava dizer ao terapeuta, em conversas particulares que insistia em manter: *“Preciso de ajuda, porque não sei o que fazer com essa menina. Você já deve ter reparado como ela é inteligente. Não quero que ela seja cerceada em suas capacidades.”*. Nesses momentos, que se tornaram frequentes, o terapeuta foi incisivo com o pai e com o restante da família. Esclarecia que a filha poderia não ter sobrevivido a uma crise caso não fosse tratada adequadamente. Foi dito, também, que era imprescindível que os pais seguissem à risca as determinações médicas e que não negociassem com a paciente. O trabalho foi no sentido de fazer com que a família percebesse que as limitações seriam positivas e não castradoras para as potencialidades da filha.

Caso o terapeuta procedesse com base na premissa do AT de preservação e estimulação da autonomia do paciente, as possibilidades terapêuticas não existiriam. O respeito ao desejo ou à necessidade de produção do paciente maníaco, pode contribuir para um sem número de consequências trágicas, ou, pelo menos, constrangedoras ao extremo. É contraproducente estimular criatividade e movimento de pacientes maníacos. Devemos encontrar uma forma clara e incisiva de intervir, que observe os pressupostos clínicos antes dos sociais e políticos. No trecho que se segue, Baremlitt propõe uma interação, um modo de acompanhar do terapeuta, que respeite e estimule o que o paciente apresenta:

... se quer que a vida seja digna de ser vivida, não pode evitar ou esquecer o mundo da singularidade, da produção e da autenticidade. É isso que tem que tentar passar para o ser com quem se conecta. Uma forma de negociação, onde o respeito e a plena realização de sua capacidade criativa, a escolha de seu modo de vida, consiga defender-se das manobras de esmagamento sistemáticas e crescentes da sociedade de vendedores e vencedores. (1991; p. 82)

Primeiramente, sublinhamos o caráter político e social do texto desse autor. Não por acaso escolhemos este trecho, mas para sublinhar, a partir da prática, as prioridades clínicas junto a um paciente em crise. O teor político e social da prática do AT no Brasil pode ser observado em diversos relatos. Muitas vezes, a prática parece estar embasada num objetivo primeiro, de lutar pelos direitos humanos, de manter os direitos do paciente como cidadão.

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), (...), situa-se no singular contexto da sociedade brasileira do final da década de 70, quando diversos movimentos, rompendo o silêncio, se espalhavam no cenário nacional, compondo o processo de luta pela redemocratização. (...) recusa da opressão, indignação contra o autoritarismo, vontade de emancipação, negação da violência, desejo de cidadania fizeram-se fortemente presentes naqueles dias. (Nicácio, Amarante & Barros, 2005; p. 196).

Nos dois casos o terapeuta manteve uma estratégia voltada para a complexidade clínica do paciente, e não uma postura baseada nas premissas sociopolíticas presentes na teoria do AT. Os resultados foram positivos: várias situações constrangedoras foram evitadas. No caso clínico 2, onde a paciente solicitava saídas reiteradamente, o terapeuta se manteve inflexível em sua negativa. Esse tipo de cena foi comum nos dois atendimentos, é muito comum nos quadros maníacos; acontece repetidamente. Acreditamos que não haveria um bom andamento, caso fossem abertas concessões aos inúmeros pedidos dos pacientes. Apresentando taquipsiquismo, com a inteligência preservada e com toda sua expansividade, fatalmente teriam produzido alguma consequência grave.

Vimos propor, com este trabalho, que, no caso de uma crise maníaca, o AT se concentre em acompanhar e acelerar a remissão da crise, utilizando a relação terapêutica para que um ambiente de limitações seja mais suportável para o paciente. Com o fim da crise, o AT deve dar suporte para o engajamento em uma psicoterapia que auxiliará o paciente na manutenção de seu humor estável. As manifestações bizarras do paciente maníaco, não devem ser encaradas como passíveis de autocontrole, pois não o são. Quando em crise maníaca, o indivíduo não consegue se adaptar aos padrões sociais, embora os reconheça. É um momento em que o melhor que se pode fazer, é conter a crise.

É importante notarmos que a perda dos limites sociais que o paciente maníaco apresenta não se deve à sua incapacidade de compreender esses limites, como no caso do psicopata, do demente ou do oligofrênico, nem à sua interpretação errônea dos fatos, como no caso do esquizofrênico, mas à sua incontrolável exaltação de humor e impulsividade. O paciente simplesmente não consegue conter-se, mesmo quando demonstra estar consciente da inadequação da situação criada por seus atos. (Bastos, 2000; p. 155).

Em relação aos aspectos clínicos do AT, concluímos que este serviço deve acontecer de uma forma peculiar com pacientes maníacos, ou seja, devem ser observadas as características clínicas do quadro. A Mania não é uma ampliação de possibilidades existenciais. Ao contrário, toda a necessidade de movimento e de produção, termina por confinar o paciente num lugar de

aberração, de sujeito esquisito e insuportável. Os momentos em que as pacientes aqui retratadas foram estimuladas em sua liberdade ou criatividade produziram a mais completa bagunça.

Os objetivos e a estratégia terapêutica do AT para pacientes em crise maníaca devem ser diferentes do que propõe a literatura. Concluímos que o AT para pacientes maníacos não deve seguir as premissas sociopolíticas propostas pelos autores para os quadros mais comuns de psicoses e de neuroses graves. No caso de um episódio maníaco, é urgente a remissão da crise. Inevitavelmente, um bom trabalho de Acompanhamento Terapêutico irá cercear a liberdade do paciente, não por uma atitude controladora e autoritária para com a subjetividade humana, mas, simplesmente, porque é o que se pode fazer em prol da saúde do indivíduo maníaco.

Referências Bibliográficas

- Basaglia, F. (1985) *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro; Graal.
- Bastos, C. L. (2000) *Manual do Exame Psíquico: uma introdução prática à psicopatologia*. Rio de Janeiro: REVINTER.
- Carvalho, S. S. (2004) *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume.
- Costa, C. M. e Figueiredo, A. C. (org.) (2004) *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Dalgalarondo, P. (2000) *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre; Artmed.
- Equipe de Acompanhamento Terapêutico A Casa (1991) *A Rua como Espaço Clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta.
- Ey, H., Bernard, P. e Brisset, CH. (1965) *Tratado de Psiquiatria*. Barcelona: Toray-Masson AS.
- Goto, T. A. (2008) *Introdução à Psicologia Fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl* São Paulo: Paulus.
- Husserl, E. (2006) *Idéias para uma Fenomenologia Pura e para uma Filosofia fenomenológica: uma introdução geral à fenomenologia pura*. Aparecida do Norte: Idéias e Letras.
- Knapp, P. (org.) (2004) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Newman (et al) (2006) *Transtorno bipolar: tratamento pela terapia cognitiva*. São Paulo: ROCA.
- Jaspers, k. (2005) *Psicopatologia Geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia, vol. 1 e 2*. São Paulo: Atheneu.
- Palombini, A. de L. (et al.) (2004) *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Pitiá, A. C. de A. e Santos, M. A. (2005) *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. São Paulo: Vetor.
- Rossi, G. P. (2007) *Acompañamiento Terapeutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.