

Psicoterapia Breve Operacionalizada com pessoas idosas*

*Miriam Altman***

*Kayoko Yamamoto****

*Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*****

Resumo

O objetivo desse artigo foi verificar a eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada com uma pessoa idosa. Utilizamos como instrumento para diagnóstico a EDAO, Escala Diagnóstica Operacionalizada. Usamos a técnica da Psicoterapia Breve num total de três entrevistas e doze sessões. A paciente é casada, 92 anos, filhos adultos e independentes que a ajudam muito. Sua queixa é que não conseguia adaptar-se à situação atual, em função de uma paralisia que culminou na impossibilidade de executar movimentos importantes. Sofria muito, pois a impedia de exercer sua autonomia, como cozinhar e limpar a casa. Os resultados obtidos após a intervenção foram considerados positivos, pode entrar em contato com novas alternativas ocupacionais, diminuindo sua hostilidade com relação ao fato de depender dos familiares. Nossa experiência favorece a compreensão de que a PBO pode ser útil para pessoas dessa faixa etária, contribuindo para que elas encontrem formas mais adequadas de lidar com seus conflitos.

Descritores: idoso, psicoterapia breve e operacionalizada; idosismo; preconceito.

Brief Operational Psychotherapy with aged patients

Abstract

The objective of this article was to verify the efficacy of the Brief Operational Psychology in the treatment of an elderly person. The diagnostic instrument was the Operational Diagnostic Scale. The Brief Psychotherapy technique was used in three interviews and twelve sessions. The patient was a married woman, 92 years-old, with adult, independent, and attentive children. Her complaint was that she could not adapt to her current situation, due to a paralysis that prevents her from executing important movements. She was suffering because she could no longer be autonomous. The results obtained after the intervention were considered positive. She was presented to new occupational alternatives, diminishing her hostility to the fact that she depended on her family. The experience favored the understanding that Brief Occupational Psychotherapy can be useful to the elderly, helping them to better deal with their conflicts.

Index-terms: aged; brief and operational psychotherapy; ageism; prejudices.

Psychothérapie Brève Opérationnelle appliqué a personnes âgées

Résumé

L'objectif de cet article a été de vérifier l'efficacité de la Psychologie Brève Opérationnelle sur une personne âgée. On a utilisé comme instrument l'Échelle de Diagnostic Opérationnel (?) et la technique de Psychologie Brève au total de 3 entrevues et douze sessions. La patiente est mariée, elle a 92 ans, des fils adultes et indépendants, qui l'aident beau-

* Trabalho desenvolvido sob os auspícios do Projeto APOIAR.

** Aluna do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo

*** Professora doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, USP.

**** Professora associado do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, USP; coordenadora do projeto APOIAR.

coup. Elle se plaint de ne pouvoir s'adapter à la situation actuelle, due à une paralysie qui a culminé par l'impossibilité d'exécuter des mouvements importants. Elle souffrait beaucoup, car cela l'empêchait d'être autonome pour cuisiner et faire le ménage. Les résultats obtenus après l'intervention ont été considérés positifs, comme entrer en contact avec de nouvelles alternatives d'occupation, en diminuant son hostilité envers sa dépendance à l'entourage. Notre expérience favorise la compréhension que la PBO puisse être utile aux personnes de cette tranche d'âge, en contribuant à ce qu'elles trouvent des formes plus adéquates pour gérer leurs conflits.

Mots-clés : âgé ; brève et mise en service psychothérapie ; l'âgisme ; préjudice

Psicoterapia operacionalizada aplicada a adultos mayores

Resumen

El objetivo de este artículo fue verificar la eficacia de la Psicoterapia Breve Operacionalizada con un adulto mayor. Se empleó la EDAO (Escala Diagnóstica Operacionalizada) como instrumento de diagnóstico. Se usó la técnica de la Psicoterapia Breve en un total de tres entrevistas y doce sesiones. La paciente es casada, tiene 92 años, hijos adultos e independientes que la ayudan mucho. Se quejaba de que no conseguía adaptarse a la situación actual debido a una parálisis que terminó imposibilitándola de ejecutar movimientos importantes. Sufría mucho al sentirse impedida de ejercer su autonomía, como para cocinar y limpiar la casa. Los resultados conseguidos después de la intervención se consideraron positivos al poder entrar en contacto con nuevas alternativas ocupacionales, disminuyendo su hostilidad por el hecho de depender de los familiares. Nuestra experiencia favorece la comprensión de que la PBO puede ser útil para personas de esta faja etárea, contribuyendo para que encuentren maneras más adecuadas de lidiar con sus conflictos.

Descriptores: envejecido; psicoterapia breve y operacional; ancianismo; prejuicios

Introdução

Como se sabe, em nosso país, a população idosa tem aumentado significativamente a partir dos anos 60. Verifica-se que, dessa década em diante, ela começou a crescer em ritmo mais acelerado do que as populações adulta e jovem. O desenvolvimento da medicina e da tecnologia fez surgirem condições favoráveis para que se ampliasse cada vez mais a expectativa de vida das pessoas, e esse fator, associado à redução da fertilidade dos tempos modernos, concorreu para que ocorresse uma verdadeira transição demográfica.

Paschoal (2001) admite, em sua projeção para 2050, que um quarto da população mundial terá 60 anos ou mais, com maior possibilidade de qualidade de vida, saúde e capacidade de trabalho.

Tal possibilidade desperta maior atenção e preocupação com as características e demandas próprias dessa faixa etária, que, como demonstram os estudos, tem crescido não só no Brasil como em todo o Mundo.

Vários estudos sobre as condições de vida dessa faixa etária vêm sendo elaborados. Um deles, de autoria de Capitanini (2000), afirma que, na sociedade atual, o tipo de vida valorizado nutre no idoso sentimentos de solidão, apatia e insatisfação. Principalmente nas cidades grandes, que propiciam certo isolamento emocional e social, em decorrência do pouco contato entre os vizi-

nhos, e com a comunidade em geral, e das relações interpessoais, que são limitadas e, até mesmo, ausentes.

Pacheco (2002), por sua vez, reconhece que, na velhice, as situações de desamparo e solidão são aumentadas por um olhar social carregado de preconceitos e marginalização. Trata-se de um olhar que fomenta a exclusão do idoso, porque faz com que se perceba só e não valorize sua história de vida. Tudo isso o obriga a rever seu lugar e a possibilidade de inserção em um Mundo que já não é aquele que vivenciou quando jovem e adulto.

Como verificou Oliveira (2002) ocorrem, sem dúvida, modificações físicas e intelectuais inerentes ao envelhecimento, as quais propiciam mudanças significativas na personalidade do idoso, que, por eles percebidas, geram sentimentos de insegurança, medo e tensão contínuos, que se revelam através de comportamentos rígidos, conservadores e até não-adaptados.

Goldfarb (1997) fala que o processo de envelhecer envolve também a maneira como o idoso se vê e se percebe e a maneira como é visto e percebido pelos outros. Essa inter-relação de olhares e visões é que vai constituir para cada um o conceito de velhice. Mas o que temos visto é que a conotação sócio-cultural sobre envelhecimento é cheia de pré-conceitos, na medida em que o representa como um momento de decrepitude física, feiúra e inutilidade.

Outro autor, Bianchi (1987) chama atenção para o fato de que o envelhecimento implica num conjunto de renúncias narcísicas que se opõem aos desejos infantis: ser-tudo, ser-por-todo-o-tempo, ser investido sem obrigação de reciprocidade e dispor do objeto amado. Ainda segundo esse autor, a velhice e o trabalho de aceitação da realidade do envelhecimento dão lugar a um sentimento de castração do sujeito em seu próprio ser, porque não é o outro que se vai perder, mas a si mesmo. Ou seja, do ponto de vista do narcisismo, é tudo que está sendo perdido. O trabalho do luto do eu e do corpo constitui-se, assim, numa problemática narcísico-depressiva. No caso que iremos descrever, trata-se de uma pessoa idosa com invalidez. Juntam-se, nela, dois tipos de fragilidade: a velhice e a deficiência. Como afirma Diniz (2007), ser velho “é necessitar de cuidado, é reconhecer limitações físicas, cognitivas ou mentais. Como regra geral, quanto mais velha uma pessoa, mais vulnerável...”

Na velhice, se estabelecem relações sociais em torno de um corpo velho, visto muitas vezes com preconceitos. Essa relação complexa entre corpo e sociedade, diz essa autora, é uma experiência de vida comum a outro grupo de pessoas, que são os deficientes. Segundo a autora, a condição de velho inclui a experiência da deficiência: o que torna necessário o reconhecimento da interdependência, do valor do cuidado e das limitações do corpo. Torna-se, também, necessário, portanto, ao mesmo tempo acreditar na independência e na autonomia e reconhecer as limitações de seu exercício pleno. Devido a essas condições, uma deficiência física na velhice intensifica todos esses sentimentos acima descritos.

Goldfarb (2005) ressalta que, embora seja normal sentir-se frágil e desamparado em diversas situações ao longo da vida, a fragilidade física é mais intensa e definitiva na velhice. E acrescenta que, se agregarmos a essa condição, por um lado, o sofrimento causado pela discriminação e preconceito derivados do olhar social que vê no velho uma imagem social negativa, e, por outro lado, o descaso das políticas de proteção social e as mudanças sociais estruturais das últimas décadas – especialmente as que se referem a estrutura familiar –, nos deparamos diante de um quadro de difícil resolução.

Todos esses fatos contribuem para que o idoso se torne propenso a vivenciar crises adaptativas (Simon, 1989) que podem ser caracterizadas como períodos de grande tensão, que envolvem acontecimentos vitais, tais como perdas ou ameaças de perdas afetivas e/ou materiais ou queda progressiva da eficácia de sua adaptação.

Esta situação de sofrimento, por certo, contribui para despertar nessas pessoas a necessidade de uma efetiva interlocução, o que as leva a tirar maior proveito do processo terapêutico. O fato de estarem sozinhas e, portanto, mais isoladas, também contribui para que adquiram maior consciência de sua finitude e reconheçam que não têm mais tempo a perder. Dessa forma, conseguem estabelecer um vínculo terapêutico, o qual se constitui em um suporte para lidar com sua atual situação de vida, que inclui as perdas já sofridas.

Existem, porém, poucos trabalhos utilizando a psicoterapia breve para o atendimento de pessoas idosas. Um deles é o desenvolvido por Gavião (1996), que chama a atenção para a adequação dessa forma de atendimento para essas pessoas, as quais vivem maior restrição em seus relacionamentos, resultado tanto das perdas sofridas durante suas vidas como da consciência da proximidade da morte.

Forlenza (1997) ressalta que as pessoas idosas tendem a procurar atendimento psicoterápico com menor frequência que adultos jovens e, na maioria dos casos, o encaminhamento é feito por outros profissionais da área da saúde, quando observam mudança em seu padrão de funcionamento, decorrente, algumas vezes, de fatores emocionais ou orgânicos.

Outro trabalho, realizado por Martins (1998), além de apontar para a necessidade de que seja dada continuidade a pesquisas em nosso meio sobre processos terapêuticos para idosos, ressaltou a necessidade de que se procedam adaptações teóricas e técnicas na psicoterapia breve que se volta para as especificidades dessa clientela.

Esses dados nos estimularam a oferecer um atendimento breve focado no desenvolvimento dos recursos adaptativos e a pensar na necessidade de serem implementados projetos com caráter preventivo que favoreçam uma melhor qualidade de vida para o idoso.

Teoria da adaptação e Escala Diagnóstica Adaptativa- EDAO

O diagnóstico realizado pela EDAO - Escala Diagnóstica Operacionalizada -, formulado por Simon (1989), é um recurso que permite realizar com brevidade, o levantamento de dados sobre o paciente e, com base nele, atribuir uma classificação adaptativa e organizar providências interventivas e terapêuticas. A EDAO avalia o nível de eficácia adaptativa dentro da concepção evolutiva, analisando a dinâmica do indivíduo dentro de um contexto biopsicosocial.

A adaptação compreende a totalidade das respostas dos sujeitos as condições internas e externas que continuamente se modificam. A adaptação é avaliada conforme quatro setores adaptativos que possibilitam que tenhamos uma idéia abrangente das condições da pessoa: afetivo-relacional (A-R) que constitui o conjunto das respostas emocionais do indivíduo com respeito a si próprio e nas relações interpessoais; produtividade (PR) compreende o conjunto das respostas face às atividades do trabalho ou estudos; sócio-cultural (S-C) abrange as respostas com relação às instituições sociais e aos valores e costumes da cultura em que está inserido; e orgânico (OR) inclui o estado do organismo como um todo, bem como as respostas referidas aos cuidados com o corpo e a aparência.

Com vistas a operacionalizar a avaliação de cada setor da adaptação, Simon (1996) adotou três tipos de adequação: adequado, pouco adequado e pouquíssimo adequado. O conjunto das respostas do sujeito a cada setor é avaliado de acordo com três critérios: 1) solução do problema; 2) grau de satisfação com as soluções encontradas; e 3) existência de conflito intrapsíquico ou ambiental com as soluções adotadas.

Existem três tipos de adequação possíveis (quando atende ao requisito, recebe um sinal positivo [+]):

Adequadas (+++):

- 1) resolvem o problema(+);
- 2) são satisfatórias (+);
- 3) não criam conflito intrapsíquico nem ambiental (+).

Pouco adequada (++):

- 1) resolvem o problema (+),mas apenas
- 2) são satisfatórias (+), e
- 3) criam conflito.

Ou:

- 2) não são satisfatórias, embora
- 3) não criem conflito(+).

Pouquíssimo adequadas (+):

- 1) resolvem o problema (+),
mas,
- 2) sem satisfação, e
- 3) com conflito.

Em particular, se o problema é vital, e o sujeito não encontra qualquer forma de solução em curto prazo, estará “em crise”.

Quanto mais o conjunto de respostas for adequado, mais eficaz será a adaptação do sujeito. Dessa forma, a classificação da adaptação divide-se em dois grupos: adap-

tação Eficaz e Ineficaz (que se divide em quatro categorias: leve, moderada, severa e grave).

Simon (1995) percebeu que, caso trabalhasse apenas com o setor afetivo-relacional (A-R) e de produtividade (Pr), considerados clinicamente mais importantes e deixasse os setores sócio-cultural (SC) e orgânico (OR), avaliados apenas qualitativamente, chegaria a um resultado preciso e coerente. Isso porque, se nos setores (SC e OR) houvesse um comprometimento significativo, este refletiria na área afetivo-relacional (A-R) e de produtividade (Pr), e vice-versa. Chegou-se assim à atual proposta de avaliação, dando “pesos” diferenciados a esses dois fatores, a partir de suas importâncias clínicas na eficácia da adaptação.

Quadro 1 – Pontuação dos setores adaptativos afetivo-relacional (A-R) e da Produtividade (PR)

Setores	Adequado	Pouco adequado	Pouquíssimo adequado
Afetivo -			
Relacional	3	2	1
Produtividade	2	1	0,5
Sub-total	5	3	1,5

Grupo 1 – Adaptação Eficaz: personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos (5 pontos);

Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve: sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições (4,0 pontos);

Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada: alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos (de 3,0 a 3,5 pontos)

Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa: sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos (de 2,0 a 2,5 pontos);

Grupo 5 – Adaptação Ineficaz grave: neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não agudos, extrema rigidez caracterológica (1,5 pontos). (p.9)

Quando houver “crise”, essa designação seguirá a classificação adaptativa que a precedeu, dispensando um agrupamento próprio. O fator original da crise ocorre com a possibilidade de perda ou ameaça de perda ou por aquisição (ou expectativa). A crise se deve a aumento ou redução significativos do espaço no universo pessoal; o indivíduo apresenta angústia diante do novo e do desconhecido.

Psicoterapia Breve Operacionalizada

A PBO é uma modalidade de psicoterapia breve

formulada por Simon (2005), com base na teoria da adaptação (Simon, 1989), que visa proporcionar ao paciente o encontro de soluções mais adequadas do que aquelas que vem adotando para resolver seus conflitos internos e externos, os quais acabam determinando o surgimento de situações-problema.

Simon (2000) afirma que o primeiro passo seria realizar entrevistas psicológicas detalhadas baseadas na EDAO para verificar as adequações do sujeito no presente, determinando as “situações-problema”.

As situações problema são definidas como sendo:

“...um conjunto de fatores ambientais, existentes no presente, interagindo com fatores intrapsíquicos, provocando desequilíbrio da adequação, podendo causar crise adaptativa ou deterioração gradual da adaptação existente” (Simon, 1996, p. 407).

O autor considera que a situação-problema decorre de soluções “pouco” ou “pouquíssimo adequadas” verificadas no presente do sujeito, sendo que estas são detectadas em um ou mais setores da adaptação (A-R, Pr, S-C e OR), estimulando-se que há interações entre esses setores. Desta forma quando houver mais de uma situação-problema, procura-se determinar a chamada situação problema nuclear. Pois, basta ajudar o paciente a encontrar uma solução adequada para a situação-problema nuclear, resolvendo-se espontaneamente as demais que dela derivam.

O segundo passo seria procurar, nessas entrevistas acompanhar a evolução do sujeito desde a infância até o presente, para verificar como a pessoa apresentou soluções e relacionadas aos quatro setores adaptativos. Esse histórico permite conjecturar a respeito da dinâmica inconsciente e a constituição de complexos inconscientes que influenciam as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas na atualidade.

O terceiro passo seria dado quando, de posse dos dados sobre situações-problema, a pouca adequação atual, e as conjecturas psicodinâmicas, o psicoterapeuta determina previamente o número de sessões a serem trabalhadas com o paciente. Estas podem variar desde uma sessão – em situações-problema simples – a, no máximo, 12 sessões, quando as situações-problema são complexas ou existe “crise adaptativa”. A frequência é de uma sessão por semana. As situações-problema são trabalhadas através de clarificações e uso de interpretações teorizadas, tendo por base as conjecturas psicodinâmicas, ajudando o paciente a compreender as razões inconscientes de seu

comportamento pregresso e atual. Se a conjectura psicodinâmica é plausível e corresponde a um aspecto inferido corretamente, geralmente provoca novas associações e ressonâncias de significado emocional que ajudam na compreensão de como se deram as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas, estimulando a procura de soluções mais eficazes. (Simon, 2000, p. 4)

A atividade do psicoterapeuta é sempre diretiva, evitando associações livres prolongadas do paciente, que fariam do trabalho um arremedo de psicoterapia psicanalítica. Conforme as circunstâncias, usa recursos suportivos, como por exemplo, sugestão, reassseguramento, orientação e catarse. Fica atento para evitar ou contornar a transferência negativa e, com atitudes afáveis e respeitadas, estimula a transferência positiva, da qual retira a possibilidade de colaboração e confiança do paciente (Simon, 2000, p.4).

Ilustração Clínica

Pensamos, nesse artigo, em verificar como a psicoterapia breve operacionalizada-PBO pode ajudar pessoas idosas a se adaptarem melhor a seu momento atual de vida. A proposta desse processo terapêutico difere daquela feita pela psicanálise, que, por tempo indeterminado, tem por objetivo contribuir para o auto-conhecimento da pessoa.

Tentaremos, agora, ilustrar a efetividade da Psicoterapia Breve Operacionalizada com o relato do trabalho que realizamos com uma senhora..., já mencionada, ... de 90 anos que procurou, através de seu filho, uma clínica psicológica ligada a uma universidade.

Essa senhora apresentou-se com uma limitação física grave (paralisia de um membro inferior) que a impedia de executar movimentos essenciais a sua locomoção.

Dados da paciente: paciente, a quem chamaremos de Dona Clara (com um membro paralisado há três anos, o que a impede de desenvolver várias atividades), é casada e o marido tem 92 anos.

O filho entrou em contato com o Projeto APOIAR 1, por telefone, e solicitou atendimento para a mãe, alegando que ela estava muito ranzinza e implicando muito com o marido.

No horário marcado, Dona Clara compareceu, de cadeira de rodas, e comportou-se como uma pessoa bastante viva e alegre.

Queixas da paciente: uma das queixas apresentadas é que não conseguia adaptar-se à situação atual, pois sentia muita dor. Contou a história da paralisia, que começou no dedo e se transformou num problema muito sério, que

culminou na paralisia e na impossibilidade de executar movimentos importantes.

Falou com muita dor dessa experiência, pois disse que a paralisia lhe tirava a autonomia e a impedia de fazer tudo o que costumava fazer, como cozinhar e limpar a casa.

Contou, também, que, apesar desse problema, continuou se esforçando para desenvolver algumas atividades rotineiras: “como cozinhar com cuidado, com ajuda de alguém, passar o rodo no banheiro etc...” (sic). Relatou que outro dia se queimou na cozinha.

Dona Clara ficou muito deprimida ao relatar que não consegue, algumas vezes, chegar a tempo ao banheiro para urinar. Chorou ao contar esse fato. Relatou, também, que ficou muito deprimida ao perceber que, com a paralisia, dependeria dos outros, pois já não usufruiria sua autonomia tão valorizada.

Referiu-se, também, ao marido, que saía para as compras e demorava muito, pois conversava com todo mundo. Não gostava de sair com ele, porque falava muito e prendia a atenção dos outros. Não queria depender dele, pois ele era muito “pão duro”. Contou também que, quando tinha dinheiro, preferia comprar, e não pedir, mas reclamou que sua aposentadoria não era suficiente.

História pregressa: relatou ter tido uma infância maravilhosa, saudável, com muita brincadeira e amizade entre os irmãos. Lembrou que, nessa época, morava em uma chácara, e que sua mãe a chamava com um sino para o almoço. Contou que já nasceu uma pessoa feliz.

Relatou também como conheceu o marido – o início do namoro –, mas se queixou dele, que a irritava muito. Contou que, embora tivesse se esforçado para não dar palpites na vida profissional dele, nunca esteve de acordo com suas escolhas.

No início do casamento – contou –, ele jogava cartas por dinheiro, vício esse que demorou a deixar. Até hoje acreditava que ele nunca tomou decisões certas com relação ao dinheiro.

Apresentou um dado que chamou a atenção: aos 45 anos pararam de ter relações sexuais. A partir daí, ele não a procurou mais e ela tinha vergonha de procurá-lo, com medo de que pensasse que ela era uma “assanhada”.

Quando sua irmã faleceu, além de seus três filhos, criou os quatro sobrinhos e que os tinha como filhos. Eram carinhosos e um deles a chamava de mãe. Criou-os com dificuldade, pois o marido trabalhava duro. Mas se orgulhava do que fez. Orgulhava-se também de que nem ela e nem as filhas precisaram trabalhar como domésticas.

Ao se referir à paralisia, entendemos que, aos 60 anos, teve indicação de cirurgia e não quis fazer por

medo. Nesse momento, surgiu a possibilidade de ela ter negligenciado. Mas o que podemos constatar é que a família era bastante colaboradora com a terapia. Esforçavam-se muito para que ela fosse atendida e valorizavam o tratamento.

Compreensão psicodinâmica

Pelos dados da paciente percebemos tratar-se de uma pessoa que sempre foi auto-suficiente e assumiu função de provedora. Cuidou dos três filhos e, com a morte da irmã, adotou os quatro sobrinhos.

Um dado relevante que trouxe sempre às sessões: gostava de que as coisas fossem feitas do seu jeito e ficava muito brava com a empregada – que chama de “secretária” –, quando ela não seguia à risca suas recomendações.

Percebemos quão terrível e humilhante é, para ela, depender do outro e se submeter a circunstâncias fora do seu controle. Ilustra bem essa condição a insatisfação que sente por ter de esperar que a “secretária” pique os temperos e os coloque ao seu alcance, quando cozinha, ou por precisar de alguém para ligar e desligar o chuveiro durante o seu banho. Ou, ainda, porque a impedem de passar o rodo no banheiro, pois reconhece que ainda tem condições para tanto.

É significativo que sua paralisia a tenha colocado frente a frente com a sua dependência em relação ao outro. Sente-se humilhada e tenta negar essa condição, porque ela fere seus aspectos narcísicos. Qualquer atitude que ponha em xeque suas fantasias de onipotência lhe desperta raiva e hostilidade.

Relatou na sessão uma situação que confirma essa nossa compreensão sobre sua dinâmica psíquica: sua relação tensa e hostil com o marido, por ser ele da forma como é. E também porque lhe causa sofrimento ver que ele tem as duas pernas e, portanto, pode ir e vir, sair e conversar com as pessoas na rua, fazer compras etc. Mais ainda: como é “pão duro”, ele deixa pouco dinheiro em casa e controla seus gastos. Mas algumas vezes se referiu a ele com carinho, porque prepara o café da manhã só para ela, com mamão e os doces de que gosta. Esse seu relato demonstra que o outro só pode ser amado quando atende os seus desejos.

Esse seu jeito autoritário e controlador, a intensidade com que vivencia os sentimentos de frustração, a dor pelas perdas e a angústia que sente frente à morte não podem ser expressos, porque não são acolhidos nem por ela e nem pelos familiares. Apesar de a família ser bastante acolhedora em vários aspectos, parece que ficam angustiados quando a paciente expressa seu cansaço pela

vida e a vontade de morrer. Por isso reconhece que a terapia é um espaço importante porque pode falar desses sentimentos e se sentir acolhida.

Compreensão Dinâmica Adaptativa - a situação problema

Pensamos que a situação-problema atual está localizada no setor orgânico (OR) decorrente de uma crise por perda, pois a paralisia representa uma situação de perda no universo pessoal da paciente, frente a qual esta reagiu de forma pouquíssimo adequada, segundo a classificação da EDAO. Apesar de usar como recurso a cadeira de rodas e de procurar sair e se adaptar a essa situação, sente-se insatisfeita e tem conflitos internos. Como consequência, essa situação traz à tona problemas intrínsecos às suas relações afetivas, na medida em que a questão da dependência fica evidenciada. Seus aspectos narcísicos impedem que possa ser cuidada, pois se sente humilhada por essa condição.

A situação-problema definida a ser trabalhada constituiu-se em ajudar a paciente a aceitar melhor sua condição orgânica atual e as consequências em outros setores de sua vida, como o afetivo relacional (A-R), em que não suportava sentir-se dependente e aceitar ajuda. Se pudesse encontrar uma solução mais adequada para essa situação, poderia desfrutar com prazer de seus relacionamentos familiares e afetivos.

Interação entre os setores adaptativos

Dessa forma, fica evidente que sua dinâmica traz conflitos na área afetivo-relacional (A-R, pontuação 1) tornando a paciente pouquíssimo adequada em suas relações familiares. No setor da produtividade (PR, pontuação 1) representada pelas atividades domésticas que sempre desempenhou, há pouca adequação, já que não tem mais autonomia para realizar as tarefas às quais estava habituada. No setor S-C parece adequada, pois mantém contatos, apesar de serem limitados, mas recebe visitas de parentes, conversa com os vizinhos e parece ser uma pessoa benquista no seu bairro onde mora há muito tempo. Com base nesses dados, a posição diagnóstica, de acordo com a EDAO, de Dona Clara é a de uma adaptação ineficaz severa (grupo 4).

Hipótese prognóstica

Analisamos as condições constitucionais e ambientais da paciente. Com relação ao seu ambiente, percebemos que elas são favoráveis ao seu desenvolvimen-

to, porque a família é afetuosa e lhe dispensa toda a assistência que lhe é possível. Já os aspectos constitucionais não são tão favoráveis. Notamos em Dona Clara uma tendência narcísica exacerbada, que dificulta sua relação com os outros, o que talvez se tenha agravado com a sua condição de dependência. E, por certo, lidar com uma imagem corporal danificada lhe provoca uma ferida narcísica profunda. Assim iniciamos um trabalho com duração de 12 sessões com frequência de uma vez por semana, de 50 minutos cada.

Evolução do processo

O esforço terapêutico, inicialmente, se deu no sentido de levar Dona Clara a perceber que a dependência do outro não é uma condição humilhante e que receber ajuda é possível, mesmo que essa não ocorra com a prontidão desejada. E houve um esforço também em fazê-la notar que, como sempre havia cuidado dos outros, talvez esse fosse o momento de se permitir ser cuidada, sem sentir nem pensar que era um peso para a família. A deficiência física, em qualquer de suas formas, é um processo significativamente doloroso. Com frequência, quando resulta da ocorrência de um acidente, a pessoa deficiente, além do sofrimento causado pela dor física, vivencia acessos de revolta e de raiva e crises depressivas. E, dependendo do tipo e do grau da limitação física adquirida, a realização de mudanças estruturais no ambiente doméstico – como a instalação de rampas e de corrimão nas escadas e adaptações no banheiro, por exemplo – se tornam necessárias, pois podem ajudar para que a vivência dessa perda se torne um pouco menos dolorosa. Mas, efetivamente, são os familiares e os amigos mais próximos, aqueles que devem contribuir para a recuperação, na medida em que podem favorecer processos de elaboração e de aceitação dessa perda.

Durante o processo terapêutico também lhe foi mostrado que a dor e o desespero que a paralisia lhe causou, poderiam ser atenuados pela percepção de que ainda era capaz de realizar algumas atividades. E que, frente ao sentimento de frustração que essa nova situação lhe causava, seus recursos poderiam ser mobilizados para atenuá-lo.

Essas questões permearam diferentes momentos desse processo, na tentativa de derrubar a crença de que perdera totalmente sua autonomia e que ficara na mão dos outros. Essas tentativas foram feitas em várias outras oportunidades, quando Dona Clara apontava para os problemas que dizia existirem em suas relações com o marido, filhas e sobrinhos.

As interpretações teorizadas se deram no sentido de mostrar a ela que a angústia que sentia frente a relações que ela chamava de dependência, poderiam referir-se também a vivências antigas em que teve de tomar importantes decisões e ser auto-suficiente, senão correria o risco de perecer. Sua resposta foi dizer que não gosta de dar trabalho a ninguém, não gosta de atrapalhar a vida dos filhos e fica brava se pede algo e não lhe atendem prontamente, então prefere não pedir.

Em uma das sessões, a paciente relatou que estava esperando seu sobrinho para ajudá-la a enfaixar o membro paralisado – o que lhe daria maior firmeza – e que ele lhe dissera que, assim que acabasse de assistir a novela, a ajudaria. Relatou ter ficado muito “irritada” com a atitude do rapaz, pois com essa má-vontade não precisava ajudá-la. Esse relato confirma nossa hipótese de que qualquer atitude que pusesse em xeque suas fantasias de dependência lhe despertava raiva e hostilidade. E esses aspectos estiveram sempre presentes nas queixas da paciente e constituíram o pano de fundo de todo o processo terapêutico. Queixas essas que se referiam ao fato de não querer, de jeito nenhum, dar trabalho aos filhos. É importante afirmarmos que a hipótese que levantamos sobre a psicodinâmica dos aspectos mais profundos e inconscientes da paciente levou em conta a angústia e o desamparo sentidos por toda criança. E reconhecemos que seus relatos mostraram que essa dinâmica foi predominante em várias situações de sua vida, tendo sempre que se mostrar auto-suficiente e independente. Angústia primordial que contribuiu para que desenvolvesse extensos mecanismos de defesas onipotentes e de controle. Em vários momentos, apareceu a mágoa e raiva que sentiu em relação ao médico que, segundo ela, quase não explicou o que iria acontecer.

Afirmou em várias sessões: “cheguei andando ao hospital e saí numa cadeira de rodas; tive poucas explicações do médico e até agora não entendo o que se passou comigo...” Essa perda, como foi possível observar, contribuiu, e muito, para os sentimentos de angústia, impotência e inutilidade da paciente, os quais mobilizaram suas defesas. Como foi colocado anteriormente, essas defesas dizem respeito aos seus aspectos narcísicos e onipotentes, pois, com um corpo mais frágil e debilitado, via-se frente a frente com sua dependência em relação ao outro.

Durante o processo terapêutico, notamos que nossas tentativas de fazer intervenções mais profundas que ligassem sua angústia atual com a situação inconsciente mais profunda despertava na paciente resistência: ou mudava de assunto ou fazia brincadeiras e se dispersava. Essa sua atitude impedia que pudesse aproveitar as interpretações

dadas. Percebemos que ela ficava angustiada, desconcertada, como se não houvesse compreensão de sua parte sobre o que estava sendo dito. Diante dessa sua fragilidade e do pouco hábito a ter esse tipo de compreensão, optamos por respeitar seu modo de reagir e por fazer intervenções de apoio com a utilização de técnicas suportivas descritas por Wolberg (1964), entre elas: contribuir para que a paciente aumente o interesse por si mesma; ajudá-la a identificar quais circunstâncias melhoram e quais diminuem seus sentimentos de auto-estima; e, igualmente, observar sua relação com as pessoas.

Todas essas opções emergiram da nossa compreensão da proposta da PBO, que é ajudar o paciente a superar suas dificuldades atuais, sem o objetivo de promover uma mudança estrutural em sua personalidade.

Na medida em que fazíamos intervenções de apoio, procurando ajudá-la a despertar o interesse por si mesma e desenvolver sua auto-estima, notamos que os sentimentos de angústia, impotência e inutilidade foram-se atenuando. Dona Clara descobria formas alternativas para executar algumas atividades que lhe eram familiares e, até mesmo, prazerosas. E, à medida que tal possibilidade se mostrava viável, elas se foram revelando compatíveis com essa sua nova condição. Fazer pequenas costuras foi uma delas. E, para que voltasse a enxergar melhor, o que lhe possibilitaria assistir à tevê e ler, ela se submeteu a uma cirurgia de catarata, fato este que revelou uma maior aceitação de sua nova condição orgânica e fisiológica. Tal aceitação, a nosso ver, contribuiu significativamente para que ela pudesse olhar para si mesma de outro modo e para aqueles que a rodeavam, sem tanto ressentimento. Numa das sessões em que estava animada disse-me sorrindo: “sabe, eu já nasci uma pessoa feliz!”.

Conversamos bastante sobre sua relação com o marido e mostramos as projeções e expectativas depositadas nele. Aos poucos, o relacionamento com seu marido melhorou, e as críticas severas abrandaram. Pôde reconhecer os anos de companheirismo e a importância de permanecerem juntos até hoje. Era freqüente, nesse momento, se referir a ele de forma carinhosa nas sessões, chamando-o de “meu velho”. Inquestionavelmente, contribuiu para essas mudanças o fato de ela contar com alguém a quem pudesse relatar suas dolorosas vivências e ser acolhida. Em outras palavras, ser ouvida sem censura e sem críticas são atitudes do terapeuta que também fazem parte do que Wolberg (1964) considera como uma técnica suportiva. Em um determinado momento, a paciente contou que estava pintando porque queria deixar lembranças para os netos. (“Toda avó deixa algo, uns bordados, alguma coisa”). E descreveu,

com detalhes, os quadros que havia pintado. Consideramos esse fato bastante significativo em sua tentativa de utilizar seus próprios talentos. Também seus relatos mostravam que o relacionamento com os familiares se tornara mais leve na medida em que interagia para integrar-se, o que pôde ser verificado na sessão de acompanhamento. Em vários momentos, também mostrou que passara a perceber a importância da família, na qual ocupava um lugar central, o que se confirmou no Dia das Mães, quando ganhou uma TV nova, cuja compra envolveu um esforço e as economias dos membros da família. Essa sua alegria – a descoberta do objeto bom interior (Klein, 1946) – era uma conquista inestimável nesse momento de sua vida.

Embora demonstrasse sempre preocupação em não incomodar – a ponto de interromper a sessão e pedir que não fosse ultrapassado o tempo estabelecido, porque não queria sobrecarregar a terapeuta – teve condições de estabelecer um bom vínculo. Em um determinado momento, ao final do processo, propusemos que ela fosse acompanhada uma vez por mês. Demonstrou que gostou da idéia, mas a ressalva que fez – de que só aceitaria se não fosse incomodar – reforça nossa hipótese de que não pode aceitar depender do outro. Nesses momentos, a terapeuta fazia intervenções no sentido de acolher sua preocupação mas, ao mesmo tempo, reassegurando a ela que esse era um momento seu e que não estava incomodando.

A partir da compreensão de seus aspectos emocionais, externada pela terapeuta, favoreceu-se o fortalecimento daquelas condições internas necessárias à aceitação de sua atual situação. Embora alguma capacidade interna para isso já se fazia presente na paciente, como bem demonstra o fato de ter aceitado, em uma idade já tão avançada, a ajuda psicoterapêutica e fazer isso de forma tão ativa, alegre e colaboradora. É essa percepção que nos leva a concluir que dona Clara, através desse processo terapêutico, obteve melhoria em sua eficácia adaptativa.

Esse processo favoreceu o seu crescimento e amadurecimento emocional e, de certa forma, põe por terra a crença de que pessoas idosas não podem beneficiar-se desse tipo de ajuda, por serem rígidas, uma vez que seu mundo interno encontra-se imaleável e, portanto, despido da plasticidade imprescindível à mudança. Do ponto de vista teórico, essas constatações vão ao encontro das idéias de Martins (1998), as quais apresentam na revisão que fez da literatura concernente às práticas psicoterapêuticas para o idoso. Essa autora admite; em seu trabalho, que muitos esforços foram despendidos com o objetivo de se revisarem posicionamentos teóricos já tomados em relação ao

atendimento clínico de idosos, como também ajustar técnicas e estratégias para tanto. Essa tendência se fez sentir de forma ampla com relação às modalidades das diversas orientações teóricas. Em relação à psicanálise, por exemplo, muitos teóricos contestavam sua eficácia no atendimento a idosos, entre outros motivos em virtude da compreensão de que os processos mentais nessa faixa etária possuem pouca elasticidade (Freud, 1904-1905). Hoje, no entanto, algumas contribuições de orientação psicanalítica favorecem uma melhor compreensão de aspectos importantes da dinâmica emocional do idoso, como aqueles relacionados com a sua identidade, auto-imagem e processos de luto. Braier (1984), por exemplo, recomenda, para o tratamento de idosos, a modalidade técnica da psicoterapia breve, considerando que ela permite trabalhar setorialmente, respeitando a estrutura caracteriológica do paciente e evitando mobilizações afetivas desnecessárias e arriscadas. Tais posicionamentos sugerem, portanto, que os problemas psicológicos dos idosos podem ser abordados com sucesso, de forma tão variada como em qualquer outro adulto.

Considerações

Nossa experiência favorece a compreensão de que a PBO pode constituir-se em um atendimento extremamente útil para pessoas de faixa etária avançada, contribuindo para que elas encontrem formas mais adequadas de lidar com seus conflitos, como bem ilustra o caso de Dona Clara acima descrito.

Pudemos constatar, através da localização da situação-problema e da identificação dos conflitos, que ela tentou ajudá-la a encontrar saídas ou soluções para seus problemas existenciais mais prementes. Chamamos a atenção para a importância de adequarmos as técnicas da PBO para pessoas dessa faixa etária que, pelas características próprias merecem atenção especial.

Por outro lado, considerando-se a carência e a falta de investimento para projetos em saúde pública, verifica-se que os idosos vivenciam uma situação de grande desamparo. Levando-se em conta, também, os problemas e dificuldades sociais e econômicas de grande parte da população brasileira e o aumento contínuo dessa faixa etária, faz-se urgente pensar em novas formas de atendimento ao idoso. E a PBO se apresenta como uma delas, porque consiste em um trabalho terapêutico com condições de oferecer ajuda ao idoso a prevenir ou amenizar problemas e conflitos próprios de sua faixa etária, o que o possibilita obter uma melhor qualidade de vida.

Referências

- Bianchi, H. (1993). *O Eu e o Tempo - Psicanálise do tempo e do envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Braier, E. A. (1984). *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Capitanini, M. E. S. (2000). Solidão na velhice: realidade ou mito? In A. L. Neri & S. A. Freire (Eds.), *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Diniz, D. (2007). A Velhice. In O. V. Forlenza & O. P. Almeida (Eds.), *Depressão e Demência no Idoso: tratamento psicológico e farmacológico* (pp. 83-95). São Paulo: Lemos.
- Freud, S. (1904-1905/1969). Sobre a psicoterapia. In S. Freud (Ed.), *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. VII, pp. 267-278). Rio de Janeiro: Imago.
- Gavião, A. C. D. (1996). *Envelhecimento e psicoterapia psicanalítica: um estudo-piloto através do método de Rorschach*. Mestrado (não publicada), Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.
- Goldfarb, C. D. (2004). O idoso fragilizado e a família: representações, preconceitos, conflito e solidariedade. *Seminário Velhice Fragilizada*. Portal do SESCSP (nov. 2006).
- Goldfarb, C. D., & Ferraz, F. C. (2004). *Demências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martins, R. C. (1998). Psicoterapia do idoso: uma revisão da literatura. *Estudos de psicologia*, 15(1), 27-38.
- Oliveira, R. C. S. (2002). Velhice: teorias, conceitos e preconceitos. *A terceira Idade*, 13(25), 36-51.
- Pacheco Filho, R. A. (2002). A Psicanálise e as mulheres e homens de 'uns tantos ou quantos anos'. *Revista Kairós Gerontologia* (Caderno Temático 2), 2.
- Paschoal, M. P. S. (2001). *Epidemiologia do Envelhecimento*. São Paulo: Atheneu.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1996). *Psicologia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos. (Encarte)*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1996). Do "diagnóstico à psicoterapia breve". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(7), 403-408.
- Simon, R. (2000). *Reflexões sobre a Prática da Psicoterapia Psicanalítica*. Trabalho apresentado em 4º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica. Retrieved Data da consulta,
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada - Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Artigo recebido pela Comissão Editorial em 20/10/2007 e aprovado para publicação em 18/12/2007