

## MODELO INTEGRATIVO PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL E DISTÚRBO DE COMPORTAMENTO

J.R. Facion\*

Um modelo integrativo envolve um conjunto de medidas terapêutico-comportamentais como, por exemplo, *time-out*, *over-correction*, reforço positivo, negativo, etc... A escolha precisa das diferentes técnicas terapêuticas depende da personalidade e das formas de reações de cada paciente (cf. Lettner e Range, 1988, sobre os diferentes métodos terapêuticos).

Dentro do modelo integrativo, pode-se aplicar também a técnica da Interação Corporal Centrada (ICC), que utiliza música, contenção, movimentos lentos e repetidos e estimulação sensorial, para modificação de comportamentos. Este método foi desenvolvido por Facion há aproximadamente 14 anos e, durante os últimos anos, tem sido aplicado no tratamento do autismo e outras psicoses.

A Interação Corporal Centrada (ICC) é realizada, inicialmente, pelo terapeuta, com o objetivo de passar a competência terapêutica, posteriormente, para a pessoa de convívio.

A sala terapêutica não deve apresentar nem muito estímulo e

\* Professor do Departamento de Psicologia da FUNREI, Minas Gerais.

nem pouco. Ela deve conter um colchonete, que não deve ser nem muito macio, mas também nem muito duro (de preferência o tatame de fisioterapia, que tenha entre 5 e 6cm de espessura); um aparelho micro-system stéreo, com duas caixas de som colocadas à direita e à esquerda, respectivamente, na cabeceira do colchonete; diversos materiais para estimulação sensorial, como flanela, isopor, esponja, pedaços de madeira, escova, etc., que devem ser colocados, aleatoriamente, do lado direito e esquerdo do colchonete, antes do início da sessão.

Antes mesmo de a criança ser levada para a sala, o aparelho de som deverá estar em funcionamento, com música instrumental, que deverá exercer uma influência de relaxamento, mais especificamente para o terapeuta e, numa situação ideal, também para a criança.

O terapeuta age com movimentos lentos e as comunicações não verbais se colocam em primeiro plano (através de gestos, mímicas, contato olho a olho). Nestas condições, a roupa da parte superior do corpo da criança é retirada, se necessário, com a ajuda do terapeuta.

O paciente é colocado de costas no colchonete, seus braços são colocados rentes ao seu corpo e são imobilizados através dos joelhos do terapeuta, que se senta em cima de suas pernas. Há que se atentar para que, através da posição do assento do terapeuta, a respiração da criança não seja prejudicada. O terapeuta procura segurar com suas mãos a espádua da criança, para que ela fique bem fixada, pois é de se esperar que a mesma ofereça forte resistência física ou verbal. O terapeuta deve estar atento em administrar com tranqüilidade e serenidade esta resistência, através da influência relaxante da música.

Durante esta fase de resistência, o terapeuta inicia, com movimentos bem lentos, a estimulação da parte superior do corpo do paciente, tanto com suas próprias mãos, como com os diversos materiais de estimulação que estão ao lado do colchonete, com o objetivo de sensibilizar a atenção do paciente para novas sensações do corpo. Fica a critério do terapeuta a alternância dos materiais de estimulação, devendo ser evitada uma seqüência ordenada dos mesmos a fim de que não se desenvolva uma expectativa e um comportamento automatizado da criança.

Numa fase de relativa tranqüilidade, o terapeuta libera os braços da criança. Porém, ele tem que estar atento para evitar movimentos bruscos e espasmos, através de uma condução tranqüila das extremidades superiores do paciente. Vagarosamente, o terapeuta distancia-se do corpo da criança e senta-se ao seu lado por algum tempo, tentando exercer uma influência relaxante sobre ela, mesmo que a criança continue agitada, e começa a vesti-la.

Para terminar a sessão terapêutica, é importante que a criança esteja, pelo menos, numa condição de relativa tranqüilidade.

O tempo de duração da terapia consiste entre 20 e 60 minutos por dia, e este tempo diminui gradativamente com o aumento da experiência terapêutica, visto que as fases de resistência vão se tornando cada vez menores; a criança vai cada vez mais chegando a uma condição de diferenciar-se e até deleitar-se com as novas experiências corporais.

#### Descrição de um caso clínico

Numa instituição de semi-internamento para portadores de de-

ficiência mental, na Alemanha, foi tratado um menino de 5,6 anos de idade, com grave distúrbio cerebral de movimento, que apresentava uma mistura de atetose com uma diparesia espástica, crises convulsivas e deficiência mental severa. Este menino arrancava seus próprios cabelos e de outras crianças e demonstrava ainda ataques de gritos, durante várias horas; ele não mantinha nenhum contato visual, não reagia às solicitações verbais, porém, às vezes, mostrava uma pequena reação ao seu nome. Suas auto-agressões foram classificadas como leves para medianas.

Com base nas observações do comportamento desta criança, foram escolhidas para a mesma as seguintes medidas terapêuticas do Modelo Integrativo:

- a) aplicação diária da Interação Corporal Centrada (ICC);
- b) indiferença diante das auto-agressões;
- c) aplicação limitada do *time-out*, exclusivamente para as crises de gritos.

O *time-out* não deveria ser usado, contudo, como punição para desacostumar os gritos, senão mostrar ao menino que ele, evidentemente, poderia gritar, mas não no grupo. A regente de classe lhe comunicava, por conseguinte, para cada *time-out*, que ele "poderia e deveria gritar, mas não na sala pedagógica", já que ele atrapalharia os outros colegas. Ele era levado para uma sala ao lado e se esperava até que se acalmasse, para que fosse trazido de volta para a sala pedagógica.

Para a realização da ICC, foi orientada e supervisionada uma residente de Pedagogia Social. Para os finais de semana e as fé-

rias natalinas, a mãe foi instruída e familiarizada com a terapia. A supervisão com o terapeuta ocorria uma vez por semana. Ele discutia com a regente de classe e a co-terapeuta, entre outros, com a ajuda de registros de vídeos, sobre o desenvolvimento do comportamento da criança. Paralelas aos contatos telefônicos com os pais, foram realizadas algumas entrevistas em nível ambulatorial.

O decurso das auto-agressões do menino chama a atenção. As frequentes auto-agressões iniciais (até 33 vezes ao dia) diminuíam no decurso do tratamento. Depois de quatro meses, o jovem paciente estava totalmente livre das auto-agressões.

No seu relatório do desenvolvimento desta criança, a regente de classe acentuou o seguinte: "a ICC aplicada, diariamente, na instituição juntamente com a utilização da sala de *time-out* alcançaram um grande sucesso. Franz não apresentou nenhum ataque de gritos nas últimas semanas e reduziu, quase que totalmente, as suas auto-agressões... Ele, agora, percebe o seu meio ambiente mais consciente. Ele se interessa por muitas coisas e se arrasta diretamente em direção a objetos que despertam o seu interesse... Franz reage ao seu nome e estica os braços, quando quer ser levantado. Ele corresponde mais ao contato olho a olho e fixa-se mais em objetos e pessoas que se movimentam".

Depois de várias semanas, livre de auto-agressões, foi encerrado o tratamento. Até os dias de hoje, este jovem paciente está totalmente livre da auto-agressão e ataques de gritos.

Este exemplo apresentado e as experiências adquiridas nos últimos anos demonstram que, sob uma orientação e supervisão, regularmente realizadas, o tratamento de auto-agressão e outros distúrbios de comportamento, das formas mais leves até as medianas, podem ser levados a efeito com o método do Modelo Integrativo também em instituições ambulatoriais.

A aplicação prática do Modelo Integrativo requer, porém, do terapeuta um empenho elevado. Ele tem que estar em condições de reagir, em cada fase da terapia, de uma forma flexível ao respectivo desenvolvimento do paciente e adaptar suas intervenções posteriores a este estado de desenvolvimento.

### **Referências bibliográficas**

FACION, J.R. *Zum Verstàndnis autoaggressiver Handlungen aus der Sicht der Informationsverarbeitung und deren Therapeutische Implikation.* 1986.

LETTNER, H.W., RANGE B.P. *Manual de psicoterapia comportamental.* São Paulo: Manole, 1988.