

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS NO DOMÍNIO DAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

2013

Catarina Oliveira Lucas

Psicóloga Clínica.

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior.

Licenciatura em Psicologia na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Portugal)

Email:

catarina.lucas@live.com.pt

RESUMO

As perturbações psicóticas caracterizam-se pela presença de delírios e alucinações, bem como défices em diversos níveis do funcionamento humano. Assim, ao longo deste artigo foram explanadas as diferentes metodologias de intervenção psicossociais com pacientes psicóticos, colocando maior ênfase naquelas que reúnem maior consenso científico relativamente à sua eficácia. As intervenções psicossociais permitem o controlo da sintomatologia psicótica, bem como a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, no que concerne às suas vivências do dia-a-dia, bem como às suas relações interpessoais, sendo que, estes resultados tornam-se mais efetivos quando associados à psicofarmacologia. Além disto, a existência de uma equipa interdisciplinar e o trabalho com a família apresentam-se como preditores dos bons resultados.

Palavras-chave: psicose, terapias, intervenções psicossociais

INTRODUÇÃO

As intervenções psicossociais podem revelar-se eficazes no tratamento de défices funcionais em perturbações psiquiátricas como a psicose, parecendo existir um consenso quanto à ideia de que o tratamento deve ser encarado por estádios e que os objetivos estabelecidos devem ser de curto prazo (Petrakis, Gonzalez, Rosenheck & Krystal, 2002).

Deste modo, as abordagens psicológicas para trabalhar com doentes psicóticos, têm como base um modelo de vulnerabilidade ao stress, que pressupõe que os sintomas podem ter uma origem biológica, mas a sua ocorrência e manutenção pode ser determinada por fatores psicológicos e ambientais, tais como o stress. As intervenções que visem identificar e mudar a ocorrência ou perceção desses fatores psicológicos, certamente serão benéficas (Feltham & Horton, 2000).

Nesta perspetiva, o sucesso da intervenção psicossocial depende bastante do estabelecimento da relação terapêutica, sendo que, esta abordagem tem como objetivos a promoção de informação acerca da doença e do tratamento, auxiliar a adaptação à nova condição imposta pela doença, promover a adesão ao tratamento medicamentoso, reduzir os fatores de risco, adequar as expectativas em relação ao paciente, estabelecer metas realistas para o futuro, auxiliar o paciente a lidar com situações de stress, adequar as atitudes dos familiares e orientar sobre sintomas prodrómicos de recaída (Neto, 2000). Além disto, as teorias psicossociais pretendem aumentar as habilidades sociais, a auto-suficiência, as habilidades práticas e a comunicação interpessoal, bem como capacitar a desenvolver habilidades sociais e vocacionais para uma vida independente (Sadock, J. & Sadock, V., 2007).

Ainda nesta perspetiva, a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Sign, 1998), aponta outras finalidades das intervenções psicossociais, que passam pela avaliação, apoio, educação, reforço da realidade, ajuda nos relacionamentos, tratamento de sintomas não psicóticos, tais como ansiedade e perturbações do humor, ensinar a lidar com comportamentos difíceis, ensinar a estruturar as atividades do dia, bem como o trabalho com as famílias.

No leque das abordagens psicossociais, existem variadas técnicas, sendo que, grande parte delas enfatizam a escuta empática, a resolução dos problemas do dia-a-dia e a educação do paciente sobre a doença. O objetivo é que a relação terapêutica ajude o paciente a reconhecer e a lidar com o stress que engrandece a doença. Esta relação empática permite um melhor tratamento farmacológico e psicoeducacional, com maior adesão do paciente, aumentando a capacidade deste para lidar com o stress (Kaplan, 1995; cit. por Abreu et al., 1998).

Assim, as intervenções devem ser ponderadas, consoante a fase da doença em que o paciente se encontra. Deste modo, na fase aguda é importante que se forneça o devido suporte à família e ao doente, educando-os para melhor lidar com a situação. Além disto, deve ser implementada uma intervenção cognitivo-comportamental, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida. Na fase de estabilização deve ser mantido o mesmo apoio educacional, sendo este complementado pela intervenção familiar. Por fim, na fase estável, a intervenção familiar deve ser mantida, bem como a terapia cognitivo-comportamental. Deve ainda ser implementada a intervenção precoce, tendo em vista a prevenção da recaída (Sign, 1998).

Psicoterapia individual

Esta forma de terapia envolve negociações frequentes entre os pacientes e o clínico, centrando-se as sessões nos problemas apresentados pelos pacientes, sendo que, estes devem aprender a separar a realidade da ilusão (Nimh, s.d.). Esta tem como objetivos centrais a redução da vulnerabilidade e do stress, otimizar as capacidades de adaptação e do funcionamento e evitar ao máximo a deterioração. Neste âmbito, os terapeutas utilizam uma combinação de diversas estratégias (Emeterio et. al., 2003), sendo fundamental o estabelecimento de uma relação segura, pois alguns autores referem que, a relação estabelecida prevê o resultado da terapia. Esta relação é muitas vezes difícil, pois os pacientes psicóticos são solitários e evitam a aproximação e a confiança, sendo desconfiados, ansiosos e hostis. Portanto, deve respeitar-se a distância e privacidade, demonstrando paciência, franqueza e sensibilidade (Sadock, J. & Sadock, V., 2007). O terapeuta, deve também ser ativo e controlar a expressão dos afetos na terapia, criando um clima de compreensão, respeito e empatia com a pessoa. Deve ainda orientar e organizar a conversa de modo a criar uma sessão devidamente coordenada, dirigindo-se à pessoa de forma clara, de modo a que esta perceba (Zanini, 2000).

No que concerne a esta construção da relação, o paciente deve ver no terapeuta uma pessoa afetuosa, que merece confiança e que tem competências que irá exercer com o objetivo de ajudar. É, portanto, importante que o terapeuta consiga transmitir a ideia de que não vai julgar ou rejeitar o paciente, porém, é necessário que se faça uma abordagem que desafie as atitudes negativas destes pacientes e que imponha limites aos comportamentos disruptivos ou destrutivos. Quando usadas devidamente, a crítica e a firmeza transmitem a ideia que o terapeuta se preocupa com eles e que é suficientemente forte para se posicionar e persistir (Weiner, 1995).

O medo da intimidade pode levar os pacientes a rejeitar as propostas do terapeuta, podendo ser necessário preparar o caminho para a construção da relação, interpretando os medos e diminuindo o seu impacto. Deste modo, mesmo que se passem meses sem a criação de uma aliança ativa efetiva, o terapeuta não deve sentir-se desencorajado quanto aos benefícios da psicoterapia, pois alguns psicóticos podem levar vários meses a criar uma relação satisfatória com o terapeuta (*idem.*).

Após a criação desta relação empática, a psicoterapia tem mais hipóteses de surtir o efeito desejado, sendo que, quanto mais precocemente esta for implementada, melhores resultados trará. É sabido que a psicose tem o seu início anos antes das suas primeiras manifestações e, o período de revelação dos primeiros sinais pode ser longo, ocorrendo durante meses ou mesmo anos (Neto, 2000). Alguns pacientes permanecem sem cuidados profissionais, mesmo já apresentando sintomatologia grave, pois por vezes é adiado o tratamento adequado, só se intervindo bastante tempo depois do primeiro episódio psicótico. Grande parte dos profissionais

de saúde mental consideram que o indicado é iniciar o tratamento o mais cedo possível para prevenir os danos biológicos, psicológicos e sociais (Monteiro, Santos & Martins, 2006).

Assim, a intervenção precoce nas psicoses tem sido alvo de grande interesse, já que é comum em vários países o adiar do início do tratamento. Esta surge como uma oportunidade de prevenção, pois a maioria do declínio ocupacional e social na psicose ocorre antes do tratamento ser iniciado (Edwards & McGorry, 1998). Os objetivos desta intervenção precoce prendem-se com a redução do tempo entre o início dos sintomas psicóticos e o início do tratamento, com a redução das reações adversas do indivíduo à experiência da psicose, assim como também com a prevenção das recaídas e resistência ao tratamento (Spencer et al., 2001). Além dos aspetos acima mencionados, segundo Bola e Mosher (2003), a intervenção precoce revela-se importante devido ao facto das taxas de recuperação sem medicação serem significativas, especialmente em episódios psicóticos iniciais. No entanto, são ainda necessários mais estudos que consolidem a eficácia desta intervenção precoce (Chaves, 2007).

Terapia cognitivo-comportamental

Alguns autores sugerem que o momento ideal para realizar esta terapia é durante a fase aguda, quando as cognições são mais acessíveis (Drury, Birchwood, Cochrane & Macmillan, 1996; cit. por McGovern & Turkington, 2001). Esta permite a redução da angústia e dos défices em diversos domínios do funcionamento humano, resultantes da perturbação, atenuando também a frequência e a severidade dos sintomas psicóticos (Morrison, 1999).

O objetivo é ajudar o paciente a substituir a sua crença mal adaptativa por outras mais exatas, ou por crenças mais adaptativas às situações em questão e, durante o processo, aprender a questionar e avaliar as crenças de acordo com as evidências disponíveis. O terapeuta inicia o processo com o estabelecimento de uma relação de confiança com o paciente, caracterizada pela colaboração mútua. Ou seja, o clínico posiciona-se como um aliado e não como um adversário do paciente e, em vez de educação e interpretação do conteúdo dos delírios, os clínicos cognitivo-comportamentais ajudam os pacientes a explorar as evidências para as suas crenças delirantes e a possibilidade de explicações alternativas. Caso o paciente resista a isto e insista na validação terapêutica das crenças delirantes, o terapeuta deve esforçar-se por alcançar um ideal com qual os dois possam concordar (Davidson et al., 1998). Assim, a diminuição dos sintomas tem-se verificado através da utilização de técnicas como o aprimoramento das estratégias de *coping*, desenvolvimento de lógica para a explicação dos sintomas, definição de objetivos realistas, modificação de crenças delirantes e modificação de pressupostos disfuncionais (Sign, 1998).

Através de um estudo sobre a eficácia desta intervenção com pacientes psicóticos, verificou-se que os resultados alcançados se mantiveram mesmo após o seu término. Além disto, verificou-se que a terapia cognitivo-comportamental permitiu a diminuição dos delírios, bem

como a diminuição da preocupação associada (Kuipers et. al, 1998). Nesta mesma perspetiva, Wykes, Parr e Landau (1999), verificaram que, através desta intervenção ocorreu uma redução das alucinações auditivas bem como da perturbação causada pelas vozes. Verificaram-se também melhorias a nível da percepção e das estratégias de *coping*. Ainda nesta perspetiva, pode mencionar-se um outro estudo envolvendo a combinação da terapia cognitivo-comportamental com o antipsicótico clozapina. Este concluiu que existem melhorias no aumento das habilidades sociais do paciente e nas habilidades para gerir os sintomas psicóticos. Além disto, demonstrou também que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz na desconstrução de crenças irracionais (Pinto, Pia, Mennella, Giorgio & Desimone, 1999).

Também McGovern e Turkington (2001) referiram que, este tipo de intervenção demonstrou resultados favoráveis no que se refere à sintomatologia positiva. Porém, esta não se foca apenas no controlo da sintomatologia positiva, procurando também examinar os motivos que sustentam as crenças do paciente, sendo de singular importância a compreensão das percepções dos sujeitos (Rhodes & Jakes, 2004).

Esta forma de intervenção deve ser limitada no tempo, estruturada e diretiva, necessitando de uma boa relação terapêutica. Assim, a estrutura desta, envolve a avaliação, o desenvolvimento de uma lista de problemas, a socialização, a formulação de caso idiossincrático, a intervenção focada nos sintomas, a intervenção focada nos esquemas e a prevenção da recaída (Morrison, 1999).

Um ponto importante na abordagem cognitivo-comportamental, é o pressuposto de que as pessoas desenvolvem e mantêm esquemas que permitem dar sentido às suas experiências, sendo estes necessários devido à capacidade limitada do cérebro no que concerne ao processamento da informação, e geralmente são úteis e adaptativos. Segundo este ponto de vista, a psicopatologia resulta de distorções na formação e uso de esquemas, sendo que, as distorções podem ser generalizadas através de uma variedade de mecanismos como as experiências perceptivas anormais que podem resultar na produção de crenças mal adaptativas. Em contrapartida, experiências perceptivas normais podem ser distorcidas através do uso rígido de esquemas inapropriados ao contexto e conteúdo das experiências (Davidson et al., 1998).

Posto isto, é importante referir que a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental tem por base a utilização de métodos rigorosos de pesquisa, como os estudos experimentais e a observação do comportamento, bem como a avaliação do desempenho das pessoas com psicose (Amaro, 2005).

As estratégias a adotar neste tipo de intervenção dependem das especificidades do sujeito, podendo estas ser negociadas com o paciente (Morrison, 1999). Assim, a terapia cognitivo-comportamental pressupõe a aplicação de diferentes componentes, nomeadamente a terapia focada nos esquemas, sendo esta realizada através do desenvolvimento de esquemas positivos,

devendo estes enfraquecer as atuais crenças negativas apresentadas pelo paciente. Este tipo de terapia procura deste modo ajudar a desenvolver não só crenças alternativas, mas também evidências que sustentem essas crenças (Padesky, 1994; cit. por Jakes & Rhodes, 2003).

Outra componente da terapia cognitivo-comportamental é a modificação dos delírios, que passa pela tentativa de enfraquecimento da crença nos delírios. Além disto, é ainda utilizada a terapia focada na solução dos delírios, que coloca o foco atencional nas tarefas de casa e nos problemas actuais, com o objetivo de produzir mudanças comportamentais. Esta abordagem, aplicada a pacientes com delírio pode significar trabalhar metas relacionadas com o ultrapassar da ilusão, assim como também envolve a tentativa de desenvolver estratégias de coping. Os delírios podem mudar com a terapia focada na solução dos delírios, que não é claramente orientada para o grau de crença na ilusão, sendo que, através de um estudo se verificaram melhorias que não se limitavam apenas a alterações relativas às ilusões, mas também nas crenças acerca de si e dos outros, bem como melhorias a nível do funcionamento interpessoal (Jakes & Rhodes, 2003).

Além destas, podem ainda referir-se outras técnicas, designadamente a identificação de pensamentos e sentimentos, que consiste na identificação e avaliação das emoções desagradáveis. Deste modo, são registadas as situações problemáticas, nas quais estas ocorrem, identificando-se os pensamentos que as acompanham, devendo o paciente a clarificar a forma como reage perante tais situações. Outra técnica típica desta intervenção é o reforço das estratégias de *coping*, não sendo esta exclusiva da terapia cognitivo-comportamental (Morrison, 1999), sendo portanto explorada mais abaixo.

No que concerne à intervenção relativa aos sintomas negativos, tipicamente, a intervenção cognitivo-comportamental passa pelo aumento dos níveis de atividade, programando as atividades a realizar, pelo treino de habilidades sociais e pela gestão da possível ocorrência de determinadas situações num ambiente mais amplo. Relativamente às alucinações, podem ser utilizadas técnicas de distração, de forma a reduzir a frequência desta, através da realização de atividades como ver televisão ou praticar exercício físico. Importa ainda referir, a prevenção da recaída, envolvendo esta três componentes. A primeira refere-se à intervenção nos esquemas, na qual o objetivo é abordar crenças básicas e pressuposições disfuncionais que podem atuar como fatores de vulnerabilidade para futuros episódios agudos. Assim, as técnicas utilizadas incluem o ensaio histórico, a análise de provas, a procura ou a construção de alternativas e o uso de registos de dados positivos. A segunda componente é o desenvolvimento de um projeto, que passa por escrever um sumário detalhado, tendo por base aquilo que o paciente aprendeu durante o tratamento, e por fim, a última componente é a monitorização de pródromos, que consiste na identificação de sintomas pródromicos ou sinais de alerta que ocorrem antes de uma recaída, projectando um método individualizado de acompanhamento. Esta técnica tem-se revelado bastante eficaz na prevenção da recaída (*idem.*).

Assim, um paciente psicótico, necessita de avaliação e monitorização contínua durante o tratamento, de forma a ajudar o clínico a ter uma ideia clara acerca dos pensamentos e emoções que contribuem para a ocorrência dos sintomas (Haddock & Tarrier, 1999).

Terapia cognitiva

No que se refere à intervenção puramente cognitiva, foram encontrados resultados significativos na redução dos sintomas positivos e na diminuição das convicções delirantes. Além disto, a terapia cognitiva demonstrou efeitos significativos na remissão dos sintomas e na resolução mais rápida do episódio psicótico (Davidson et al., 1998). Esta procura colmatar os problemas através da modificação do pensamento distorcido e consequente comportamento, assumindo que este é influenciado pelos pensamentos, crenças, atitudes e percepções (Mheccu, 2000).

Assim, no âmbito desta intervenção, pode referir-se a abordagem individual no tratamento dos delírios e alucinações crónicas, sendo que, esta consiste na combinação de desafios verbais com o teste da realidade planeada. Estes desafios verbais focam-se na discussão sobre a natureza e veracidade das crenças delirantes, tendo em vista a possibilidade de encontrar explicações alternativas para a experiência ilusória. O teste da realidade planeada consiste em experimentos comportamentais nos quais os pacientes são levados, através de testes empíricos, a demonstrar provas da veracidade ou falsidade das crenças delirantes. Esta mesma técnica foi utilizada com as alucinações auditivas persistentes, iniciando-se este processo com a identificação de crenças sobre as vozes e os elementos utilizados para gerar e sustentar estas crenças. Estas técnicas não só permitem reduzir significativamente e clinicamente as crenças problemáticas, como também reduzem a frequência e duração das alucinações (Davidson et al., 1998).

Assim, independentemente da abordagem utilizada, existem estratégias de controlo de alucinações e delírios que podem ser ensinadas ao paciente, devendo estes ser encorajados a concentrar-se noutro assunto que não a alucinação, tentando não pensar em nada e dizendo para si mesmos que os seus pensamentos fazem parte da doença. A nível comportamental, devem encorajar-se comportamentos que passem por caminhar sozinho ou conversar com alguém, desencorajando sempre o isolamento social. A nível sensorial, deve ser desencorajada a escuta de música em volume alto, substituindo isto pelo uso de auscultadores. No que se refere às estratégias fisiológicas, deve encorajar-se o relaxamento e desencorajar o consumo de álcool (Abreu et al., 1998).

Deste modo, inicialmente o terapeuta não deve questionar os delírios do paciente, evitando comentários depreciativos (Sadock, J. & Sadock, V., 2007). Contradizer o paciente ou contrariar sistematicamente os seus pontos de vista, são atitudes contra-indicadas ao terapeuta, não

devendo, no entanto, colocar-se de acordo com ele, mas sim procurar uma alternativa à afirmação dele e demonstrar-lha (Cruz & Más, 1997).

Numa fase inicial do tratamento, o terapeuta leva a cabo uma avaliação compreensiva dos delírios do paciente, incluindo uma avaliação do grau de convicção deste face a cada crença, tendo como alvo da primeira intervenção, as crenças menos fortes, para assim aumentar a probabilidade de sucesso e também a confiança do paciente. Assim, duas estratégias são então utilizadas para enfraquecer a convicção do paciente nessas crenças e apresentar explicações alternativas. A primeira consiste no “desafio verbal”, no qual o terapeuta questiona as certezas relativas às crenças delirantes, começando a criar a dúvida, apontando e discutindo as discrepâncias no relato do sujeito. A partir desta dúvida, podem ser dadas explicações alternativas às evidências apresentadas, encorajando o paciente a reconsiderar as crenças delirantes, à luz de contradições hipotéticas. A segunda estratégia prende-se com o “teste da realidade planeada”, que tem como objetivo avaliar a fidedignidade das crenças delirantes, quando comparadas com as alternativas. O paciente é encorajado a considerar as crenças delirantes apenas como uma hipótese possível que deve ser testada. Este processo visa o abandono dos delírios e aceitação de explicações mais adaptativas (Davidson et al., 1998).

Deste modo, relativamente ao teste da realidade, os terapeutas devem corrigir a realidade do paciente, sendo que, os sujeitos com alucinações e delírios devem ser ajudados a reconhecer que as impressões que têm, os medos e expectativas não têm qualquer fundamento realista. No entanto, isto não implica que se aceitem ou desvalorizem os delírios, pois o terapeuta deve mostrar ao paciente que as experiências por ele vivenciadas, não são reais também para as outras pessoas (Weiner, 1995).

A terapia cognitiva acima mencionada pode ser implementada em associação com o treino de habilidades sociais, e conjuntamente aparentam ter resultados animadores. A associação destas duas formas de intervenção gera uma maior independência por parte do doente e uma melhoria nos relacionamentos sociais. Além disso, cria também estabilidade nos ganhos terapêuticos, diminui o número de recaídas e baixa as dosagens da terapia farmacológica (Cruz & Más, 1997).

Treino de habilidades sociais

No que concerne ao treino de habilidades sociais, este é uma forma de terapia comportamental, segundo a qual os comportamentos adaptativos são reforçados (Kaplan et al., 2003), tendo em vista moldar aos poucos o comportamento do paciente, através de aproximações sucessivas ao comportamento desejado. Procura alcançar melhorias nas situações sociais, melhorando a sua performance e diminuindo a ansiedade antecipatória. Produz melhorias significativas em comportamentos específicos, reduz os sintomas e produz adaptação social

(Yank, 1993; cit. por Abreu et al., 1998). Segundo Wallace (1985; cit por Revuelta, 1993), o treino de habilidades sociais parece ser das terapias mais eficazes.

Assim, Sadock e Sadock (2007) propõem um modelo de intervenção relativo ao treino de habilidades sociais. Este compreende cinco fases, sendo que a primeira diz respeito à estabilização e avaliação, cuja meta passa por estabelecer a aliança terapêutica, avaliar o desempenho social e as habilidades de percepção. Os comportamentos alvo nesta fase são a empatia e a comunicação verbal e não verbal. A segunda fase passa pelo desempenho social na família, sendo a sua meta a expressão de sentimentos positivos face à família e o ensino de estratégias para lidar com a família. Os comportamentos alvo são os elogios, o apreço, o evitar responder a críticas, entre outros. A fase seguinte diz respeito à percepção social na família, sendo a sua meta identificar, de forma adequada, o conteúdo, o contexto e o sentido das mensagens. Seguidamente, numa fase posterior, trabalhar-se-ão os relacionamentos extra-familiares, tendo como meta aprimorar habilidades de socialização e habilidades vocacionais e pré-vocacionais. Por fim, na fase de manutenção pretende-se generalizar as habilidades para situações novas. Ao longo das estratégias de treino de habilidades sociais, pode optar-se pelo uso de vídeos de outras pessoas e do paciente, sendo que isto reduz as taxas de recaída, medidas através da necessidade de hospitalização.

A manutenção dos resultados obtidos através do treino de habilidades sociais poderá ser consolidada pela utilização de um programa adequado de terapia cognitiva que permita a diminuição das distorções do "input" informativo, provocadas pelos esquemas cognitivos disfuncionais (Cruz & Más, 1997).

Dentro desta perspetiva, pode também referir-se o modelo de Wosley, que propõe alguns passos para o treino de habilidades sociais, e estes baseiam-se na colocação de questões. Assim, para especificar o problema interpessoal, devem ser colocadas questões relativas às habilidades de comunicação ou emoção, às situações sociais ou do quotidiano, às situações sociais ou de vida que estão a causar problemas ou ameaças, às pessoas com as quais o paciente deve melhorar o seu relacionamento social e ao momento em que ocorre a situação ou problema. Seguidamente, deve formular-se uma cena que simule ou recapitule as características do problema na vida real, fazendo com que o paciente defina os seus objetivos a curto e a longo prazo para a situação. Esses objetivos devem ser de necessidades instrumentais, como por exemplo obter algo desejado, ou afetivas, como manter uma amizade (Abreu et al., 1998).

Deste modo, devem ser identificadas características, défices e excessos no desempenho do paciente. Deve ser dado reforço positivo para o que foi bem feito e incentivar-se o paciente a demonstrar as alternativas adaptativas e a razão da escolha. O terapeuta deve dirigir a atenção do paciente para as características comportamentais que estão a ser comentadas, por meio de anotações, estimulando o paciente a reviver a cena, ajudando a iniciar a ação e lembrando comportamentos que remedeiam a situação. Deve ser dado suporte e reforço continuado ao longo

da cena, bem como reforço empático frente a esforços e progressos do paciente. Além disto, devem ser modeladas mudanças de comportamentos aos poucos, começando pelo que o paciente sabe fazer e sem esperar grandes mudanças de uma só vez. É necessário que haja também um estímulo à execução e seguimento da solução do problema, dando tarefas de casa que o paciente possa fazer. É impreterível que o terapeuta se assegure de que o paciente entendeu o problema, as metas a curto e a longo prazo e o plano de ação, revisando-as sistematicamente no fim do treino. Por fim, devem ser generalizadas as melhorias nas habilidades sociais em contextos de vida real, aumentando a sua durabilidade através da prática repetida, trabalhos de casa específicos e funcionais, reforço positivo para aplicação de habilidades no dia-a-dia, treino no uso de auto-instruções, auto-avaliação e auto-reforço (*idem.*).

A quantidade e tipo de stressores, a rede de suporte social e a capacidade pessoal de solução de problemas, determinam a competência das habilidades sociais. Estes aspetos permitem ao paciente manter-se num estado de equilíbrio, sendo que nestes casos, a modificação ambiental pretende reduzir a presença de stressores ou proteger o paciente destes, aumentando a rede social e a capacidade para resolver problemas do dia-a-dia. Assim, o paciente pode levar uma vida relativamente normal, aumentando a adesão ao tratamento, bem como a compreensão da sua doença (*idem.*).

Apesar dos bons resultados que se podem alcançar com esta estratégia, várias outras podem ser utilizadas, nomeadamente o aprimoramento das estratégias de coping, sendo que esta envolve a identificação de estratégias de coping já usadas pelos pacientes e com base nestas treinar o paciente. Usando um modelo biopsicossocial das alucinações e delírios, o reforço das estratégias de coping tem como objetivo diminuir os sintomas, através do treino dos pacientes para lidar com estímulos ambientais que precipitam a exacerbação de sintomas e as suas reações cognitivas, comportamentais e fisiológicas. Este reforço das estratégias de coping é conduzido através de um processo de três estádios, nomeadamente a avaliação dos fatores ambientais que mantêm os sintomas psicóticos e suas consequências emocionais e uma tentativa de modificar estes fatores para reduzir os sintomas e efeitos negativos; desenvolver estratégias de coping como resposta aos sintomas; praticar novas estratégias ao vivo e como trabalho de casa entre as sessões (Davidson et al., 1998).

As competências de coping são significativas para a funcionalidade e qualidade de vida dos psicóticos, pois os níveis de funcionamento psicossocial e qualidade de vida são influenciados pela utilização de estratégias que refletem um coping mais racional, centrado além da resolução ativa de problemas, na tomada de iniciativa, na formulação de planos hipotéticos de ação e ainda na antecipação e início da preparação da resposta antes que os agentes stressores se desenvolvam por completo (Salgado, Rocha & Marques, 2008).

O reforço das estratégias de coping, ajuda o indivíduo a identificar e utilizar estratégias existentes e desenvolver novas estratégias para reduzir o uso de estratégias maladaptativas, como

beber para lidar com os sintomas positivos (Feltham & Horton, 2000). Assim, existem grupos que permitem o desenvolvimento destas estratégias, sendo que estes fornecem informação sobre a doença e o seu tratamento, assim como estratégias para lidar com os stressores de forma mais eficaz, bem como formas de prevenir a recaída. Alguns estudos demonstram que pacientes tratados com um programa de coping orientado, adquirem um maior conhecimento sobre a psicose, qualidade de vida, e competências sociais (Schaub, 1998).

Intervenção em grupo

Pode também falar-se das intervenções em grupo, que proporcionam apoio mútuo, troca de experiências e discussão sobre a doença, sendo o terapeuta um facilitador (Yank, 1993; cit. por Abreu et al., 1998). Focam-se nos planos, problemas e relacionamentos, reduzindo o isolamento social, aumentando a sensação de coesão e melhorando o teste de realidade (Sadock, J. & Sadock, V., 2007). Este tipo de intervenção, tem como principais objetivos potenciar a resolução de problemas, planificar objectivos, favorecer as interações sociais, melhorar o cumprimento da medicação e proporcionar o manuseamento dos efeitos secundários. Na fase aguda, pode revelar-se útil para aprender formas de fazer frente aos sintomas, estabelecer relações com outros sujeitos e desenvolver uma aliança terapêutica com a equipa de tratamento. A psicoterapia de apoio permite reduzir a sintomatologia e novas hospitalizações, bem como melhorar o ajustamento social. Na fase de estabilização procura-se orientar ou reduzir o stress e proporcionar apoio para prevenir recaídas, para deste modo potenciar a adaptação do paciente à vida em comunidade e facilitar a redução dos sintomas e consequente remissão. Os grupos de auto-ajuda e o apoio por parte dos pares desempenham um papel importante na recuperação após um episódio agudo e durante a manutenção a longo prazo (Kane, Leucht & Carpenter, 2003).

Assim, existem 3 programas que podem ajudar o paciente durante a recuperação a longo prazo e na fase de manutenção da doença. Um deles é a reabilitação psicossocial que ajuda a melhorar as habilidades de trabalho, com o objetivo de obter e manter um emprego, outro é a reabilitação psiquiátrica, que visa o ensino de competências que permitam às pessoas definir e atingir objetivos pessoais em relação ao trabalho, educação, socialização e condições de vida. Por fim, refere-se ainda a reabilitação profissional, que consiste numa avaliação do trabalho e programa de treino que usualmente é parte da reabilitação profissional (*idem.*).

Intervenção com a família

Ao longo de toda a intervenção, o trabalho com a família é um aspeto que nunca deve ser descurado, pois esta fortalece o suporte social, reduz o isolamento e os sentimentos de culpa e estigmatização (Abreu et al., 1998). Esta intervenção tem como principais objetivos a construção de uma aliança entre os familiares, reduzir a atmosfera familiar adversa, potenciar a capacidade

dos familiares de anteciparem e resolverem os problemas, reduzir expressões de culpa e angústia na família, criar expectativas razoáveis quanto ao sujeito, bem como conseguir mudanças desejadas no comportamento dos familiares e no seu sistema de crenças. Estas intervenções familiares devem ser prolongadas e não de curto termo, pois estas não são tão eficazes (Emeterio et. al., 2003).

O tratamento realizado com a manutenção do paciente no seu meio familiar é benéfico e o envolvimento da família na compreensão da doença é muito importante. Devido aos preconceitos associados às doenças do foro mental, os diagnósticos normalmente são recebidos com cepticismo e raiva, tanto pelos pacientes como também pela própria família (Neto, 2000).

Esta forma de intervir passa pela educação dos familiares acerca da doença, promovendo a discussão na família sobre uma situação que envolve o paciente. Deve ser feita uma educação da família e do paciente sobre vários aspetos da doença, assim como também devem ser treinadas formas eficazes de comunicação entre os membros. Além disto, a intervenção familiar, visa a criação de um conjunto de estratégias para a solução dos problemas do dia-a-dia, aproveitando estratégias já existentes na família com bons resultados. Pretende-se também reduzir as expectativas da família, quando desajustadas à realidade do paciente (Abreu et al., 1998).

Esta intervenção com a família, ajuda na forma de lidar com o paciente e com os problemas do dia-a-dia, evitando situações problemáticas. Deste modo, a família auxilia na redução do stress do paciente e na sua reintegração na vida diária (Sadock, J. & Sadock, V., 2007).

Quando a família do psicótico, expressa demasiado as suas emoções, pode ser um fator que contribui para a recaída, sendo necessário o trabalho com esta, pois viver com um doente psicótico pode ser uma grande fonte de stress. Além disto, cuidar de um portador desta patologia pode gerar na família problemas psicológicos. Assim, o suporte dado à família previne a ansiedade e a depressão, ajudando-a na deteção dos sinais de um surto (Feltham & Horton, 2000).

É também necessário trabalhar com a família e com o paciente os sinais de alerta para possível recaída, estratégias para combater a desorganização do pensamento, estratégias para lidar com momentos de alucinação, modos de lidar com situações stressantes, controlo da agressividade e técnicas de solução de conflitos. Os sinais de alerta de recaída podem passar por comer menos, problemas com a concentração, problemas para dormir, depressão, ver menos os amigos, preocupações com hospitalizações prévias, pensamento mágico ou ilusões visuais. É igualmente importante controlar situações de stress e para isso pode ser utilizado um diário com anotações sobre situações stressantes. Nesse caderno devem constar informações como o que aconteceu, a cadeia de eventos que desencadeou o stress, como a família reagiu ao stress, o que eles sentiram e pensaram e o que fizeram (Abreu et al., 1998).

Tal como acima referido, a família possui um papel fundamental na vida destes pacientes, incentivando-os a cumprir o tratamento, a ler sobre a perturbação e a estar o mais atualizados possível sobre a patologia e os seus sintomas. Possui um papel importante também ao ajudar na compreensão dos sintomas apresentados, devendo estar atentos e aprender a ler sinais que indiquem recaída, bem como os sinais de suicídio. Isto deve ser prevenido, demonstrando à pessoa que esta é muito importante e que a sua morte seria uma enorme perda e não um alívio. Além disto, não devem procurar acreditar numa recuperação demasiado rápida, devendo o terapeuta levar a família a tomar consciência de que o principal objetivo enquanto técnico não é a cura, mas sim ajudar o paciente a evitar recaídas e a manter a estabilidade. As famílias que melhor lidam com os doentes são aquelas que aceitam a doença e as suas consequências, desenvolvem expectativas realistas relativamente ao doente e a si próprias, aceitando toda a ajuda e apoio que surja. Além disto, é importante para o paciente que os familiares e o clínico tomem decisões em conjunto sobre os tratamentos e os objetivos a alcançar, sendo que, à medida que vão evoluindo no tratamento podem ter um papel cada vez mais ativo na gestão da doença (Kane et al., 2003).

Psicoeducação

Outra intervenção que tem obtido bons resultados a longo prazo na intervenção com psicóticos é a psicoeducação, sendo que, quanto mais precocemente esta for implementada, melhores resultados trará (Feldmann, Hornung, Prein, Buchkremer & Arolt, 2002).

Assim, o termo psicoeducação refere-se à educação sobre a patologia no contexto da terapia da família, sendo hoje amplamente aceite como um padrão de tratamento. Além da intervenção familiar, é dada ao paciente informação sobre a doença, já que fornecer informações sobre a doença e o seu tratamento, com base no modelo de vulnerabilidade ao stress, ajuda a desmistificar a doença e desenvolve uma compreensão mais construtiva (Schaub, 1998). É necessário transmitir uma mensagem de esperança, sem nunca colocar de parte a gravidade do problema. Assim, tanto o paciente como as suas famílias devem ser alvo da psicoeducação. Esta envolve gerir o stress e construir estratégias de coping, aprender a reconhecer os sinais de recaída e aprender a utilizar os recursos necessários no futuro (Mheccu, 2000). Assim, os objetivos da psicoeducação consistem em atingir os melhores resultados possíveis com o paciente, através de um trabalho colaborativo entre a família, o doente e os profissionais de saúde. Além disto, pretende também aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos esforços que visam a melhoria da qualidade de vida do paciente (Pereira et al., 2006).

Neste contexto, um aspeto importante a trabalhar prende-se com as tarefas do dia-a-dia, que apesar de simples, num doente psicótico podem revelar-se bastante complexas. Assim, as intervenções variam consoante a fase da doença, sendo que, na fase aguda, as intervenções

devem ter em vista a provisão de um ambiente de limites, de forma a que o sujeito se sinta e esteja seguro. Deve ser observado constantemente pela equipa de intervenção, tendo em atenção se este toma a medicação, garantindo os cuidados com a higiene e alimentação, de acordo com o seu grau de dependência. Porém, deve ter-se especial atenção para que este não fique dependente dos prestadores de cuidados. Quando já existe ambiente terapêutico, podem ser planeadas mudanças de comportamentos indesejados e sua substituição por novos comportamentos através de prémios, auto-observação, ensaio e encenações de situações em que esses comportamentos ocorram e ensaio de novas respostas e comportamentos (Abreu et al., 1998).

Na fase aguda da doença devem ser aprendidos comportamentos que se prendem com a alimentação, higiene, vestuário, tabaco, sono, atividades, profissão, socialização, sexualidade, medicação e serviços de saúde. Na alimentação deve oferecer-se e estimular-se uma dieta balanceada, na higiene deve ser realizada uma supervisão e estímulo para a higiene diária, e no vestuário é necessário ter em atenção se a roupa está limpa e adequada ao clima. As atividades, devem estar adequadas às capacidades do paciente e passam pela ida às compras, arrumação da casa, entre outros. No que concerne à socialização, deve estimular-se a participação em grupos ou jogos, desde que este se sinta bem e com autonomia. Relativamente à sexualidade, é necessário esclarecer os efeitos colaterais dos medicamentos e deve incentivar-se a toma da medicação, explicando os objetivos. Deve ainda alertar-se o paciente para a necessidade de ser frequentemente acompanhado (*idem*).

Ainda nesta perspetiva, deve ser feita a monitorização da medicação e dos sintomas, o que pode ajudar na correta toma da medicação, bem como na identificação dos primeiros indícios de recaída. Devido aos elevados gastos na medicação, o paciente, conjuntamente com a equipa de tratamento e a família devem explorar formas para obter acesso aos melhores medicamentos, trabalhando através de um seguro público ou privado. Além disto, certos pacientes podem necessitar de ajuda no controlo do seu dinheiro, especialmente aqueles que se encontram numa fase mais aguda da doença. Assim todos devem ajudar o paciente a controlar as despesas (Kane et al., 2003).

Discussão/Conclusão

Em jeito de conclusão, importa referir que é necessário controlar os momentos de agressividade, sendo que, isto pode passar por falar daquilo que o paciente foi capaz de fazer no passado ou sobre os progressos no comportamento, descrever o comportamento inadequado e perturbador, descrever comportamentos alternativos para situações semelhantes, falar dos motivos para o paciente usar o comportamento correto, descrever consequências possíveis do comportamento inadequado, pedir ao paciente para contar e reconhecer o que aconteceu, praticar alternativas mais adequadas para as ameaças e violência, dar reforço ao paciente quando pratica

os comportamentos alternativos e recompensar claramente o comportamento novo e mais adequado. Todas as estratégias acima referidas implicam a participação activa da família e visam a autonomia e promoção da responsabilidade.

Devido à existência de vários técnicos a trabalhar simultaneamente com o paciente, é necessário recorrer ao manejo de caso, para que assim possa haver alguém responsável pela correta intervenção de todos os profissionais. Esta entidade garante que o paciente não falta às consultas e que todos os esforços se direcionem para um mesmo alvo. O sucesso do programa depende da competência e formação desta pessoa mas, por vezes, estas pessoas acompanham muitos pacientes, comprometendo a eficácia do programa. Além disto, é bastante útil que o paciente beneficie do tratamento comunitário assertivo, que visa oferecer os serviços de uma equipa multidisciplinar, onde for necessário, reduzindo assim o risco de internamento. Pode também ser útil a realização da terapia vocacional, que ajuda a pessoa a integra-se num emprego e a recuperar antigas habilidades (Sadock, J & Sadock, V., 2007).

É também necessário ter em conta a promoção de sistemas de apoio, sendo que os terapeutas estão condicionados no que diz respeito à criação, fora do consultório, de um ambiente afetuoso e de apoio. No entanto, podem fornecer dicas para favorecer um tal ambiente através de um empenho prudente da família e da comunidade na própria terapia. Também relações de apoio imediatas fora da família podem ajudar na prevenção de recaídas (Weiner, 1995).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, P., Souza, S., & Brunstein, M. (1998). Abordagens psicossociais para pacientes severamente incapacitados (Esquizofrenia e Demência). In Cordioli, A. (Eds.), *Psicoterapias: Abordagens actuais (vol. 2, pp.425-439)*. Porto Alegre: Artmed.

Amaro, F. (2005). *Factores sociais e culturais da esquizofrenia*. Lisboa: Universidade técnica de Lisboa.

Bola, J., & Mosher, L. (2003). Treatment of Acute Psychosis without Neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria Project. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(4), 219-229.

Chaves, A. (2007). Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(2), 174-178.

Cruz, J., & Más, M. (1997). Treino de aptidões sociais e terapia cognitiva na esquizofrenia paranóide. *Psychiatry Online Brazil, 2*(10).

Davidson, L., Lambert, S., & Mcglasan, T. (1998). Psychoterapeutic and cognitive-behavioral treatments for schizophrenia: developing a disorder-specific form of psychotherapy for persons with psychosis. In Perris, C. & McGorry, P. (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice (pp. 1-20)*. England: Wiley.

Davidson, L., Lambert, S., & Mcglasan, T. (1998). Psychoterapeutic and cognitive-behavioral treatments for schizophrenia: developing a disorder-specific form of psychotherapy for persons with psychosis. In Perris, C. & McGorry, P. (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice (pp. 1-20)*. England: Wiley.

Edwards, J., & McGorry, P. (1998). Early intervention in psychotic disorders: a critical step in the prevention of psychological morbidity. In Perris, C. & McGorry, P. (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice (pp.167-195)*. England: Wiley.

Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J., Lalucat, L. et. al. (1003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia; Versión breve para la*

aplicación en la práctica clínica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Feldmann, R., Hornung, W., Prein, B., Buchkremer, G., & Arolt, V. (2002). Timing of psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 115-119.

Feltham, C. & Horton, I. *Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE publications, 2000.

Jakes, S., & Rhodes, J. The effect of different components of psychological therapy on people with delusions: five experimental single cases. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 10, 302-315, 2003.

Kane, J., Leucht, S., & Carpenter, D. Expert consensus guidelines for optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 95-97, 2003.

Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G., et. al. London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68, 1998.

McGovern, J., & Turkington, D. Seeing the wood from the trees: a continuum model of psychopathology advocating cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 149-175, 2001

Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit. *Early Psychosis: a guide for mental health clinicians*. Canada: Author, 2000.

Monteiro, V., Santos, J., & Martin, D. Patient's relatives delayed help seeking after a first psychotic episode. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 104-110, 2006

Morrison, A. Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in Schizophrenia. In Tarrier, N., Wells, A., & Haddock, G. (Eds.) *Treating complex cases: the cognitive behavioural therapy approach* (pp. 195-216). England: Wiley, 1999.

National Institute of Mental Health. Schizophrenia. Bethesda: Author.

Neto, M. (2000). Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 45-46, s.d.

Neto, M. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 45-46, 2000.

Petrakis, I., Gonzalez, G., Rosenbeck, R., & Krystal, J. Comorbidity of alcoholism and Psychiatric disorders: an overview. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 81-89, 2002.

Pinto, A., Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D., & Desimone, L. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(7), 901-904, 1999.

Revuelta, J. El tratamiento integrado de la psicosis: combinacion de psicofarmacos y psicoterapia. *Actas Luso-espanolas de Neurologia y Psiquiatria*, 21(3), 83-89, 1993.

Rhodes, J., & Jakes, S. Evidence given for delusions during cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 207-218, 2004.

Sadock, J. & Sadock, V. *Compendio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria clínica* (9ª edição). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Salgado, D., Rocha, N., & Marques, A. Impacto do coping proactivo, do emocional e da auto-estima na funcionalidade e qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 143-154, 2008.

Schaub, A. Cognitive-behavioural coping-orientated therapy for schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research. In Perris, C. & McGorry, P. (Eds.), *Cognitive psychoterapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice* (pp. 91-109). England: Wiley, 1998.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia*. Edinburgh: Author, 1998.

Spencer, E., Birchwood, M., MCGovern, D. Management of first-episode psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 133-142, 2001.

Tarrier, N., & Haddock, G. Assessment and formulation in the cognitive behavioural treatment of psychosis. In Tarrier, N., Wells, A., & Haddock, G. (Eds.) *Treating complex cases: the cognitive behavioural therapy approach* (pp. 155-175). England: Wiley, 1998.

Weiner, I. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

Wykes, T., Parr, A., & Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations: exploratory study of effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, 175, 180-185.

Zanini, M. Psicoterapia na Esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 47-49