

A utilização da técnica de espelho como ferramenta para melhorar o insight de pacientes psicóticos

Cecília Attux, Virgínia de Araújo Silva, Victor R. C. S. Dias

1) Introdução

A esquizofrenia é um transtorno mental grave e incapacitante que atinge indivíduos no auge do seu potencial produtivo. Acomete de 0,3 a 0,7% da população em geral e se inicia comumente no final da adolescência e início da vida adulta. Apresenta como característica a presença de sintomas psicóticos, apatia e isolamento, que levam a prejuízos no funcionamento social, ocupacional, nas relações interpessoais e na vida independente (Mueser, McGurk, 2004).

A sintomatologia da esquizofrenia é variada e pode ser dividida em dimensões: sintomas positivos, negativos, cognitivos, desorganizados, motores e de humor.

Os sintomas positivos envolvem o prejuízo no teste de realidade e incluem os delírios, as alucinações, e outras distorções de realidade. Segundo Jaspers, as ideias delirantes ou delírios são juízos patologicamente falseados, e tem três características essenciais: 1) o doente apresenta uma convicção extraordinária, uma certeza subjetiva praticamente absoluta; 2) é impossível a modificação do delírio pela experiência objetiva, por provas explícitas da realidade, por argumentos lógicos, plausíveis e aparentemente convincentes. Dessa maneira diz-se que o delírio é irremovível; 3) o delírio é um juízo falso, seu conteúdo é impossível (Dalgalarondo, 2000). São descritos diversos tipos de delírios, que variam em graus de persistência e sistematização. Delírios persecutórios e auto-referência são os sintomas positivos mais comuns, mas todos os sintomas de primeira ordem schneiderianos podem estar presentes (Tandon et al., 2009).

As alucinações são definidas como vivências de percepção de um objeto sem que este objeto esteja presente, sem o estímulo sensorial respectivo (Dalgalarondo, 2000). Na esquizofrenia podem envolver as cinco modalidades sensoriais, sendo as alucinações auditivas as mais frequentes. Alguns fenômenos próximos das alucinações auditivas que também podem ocorrer na esquizofrenia são a sonorização do pensamento (vivência sensorial de ouvir o pensamento ao mesmo tempo em que ele está sendo pensado), ou eco do pensamento (ouvir o pensamento de forma repetida após ele ter sido pensado), e a publicação do pensamento, onde o paciente tem a nítida sensação de que as pessoas ouvem o que ele pensa no momento em que está pensando (Dalgalarondo, 2000). Alucinações visuais podem ser simples (fotopsias), quando o indivíduo vê cores, pontos brilhantes, bolas, ou complexas, que incluem figuras, imagens de pessoas vivas ou mortas, partes do corpo, entidades, ou até mesmo cenográficas, quando o paciente tem visões de cenas completas (por exemplo, ver o quarto pegando fogo). Os pacientes também podem apresentar alucinações táteis, olfativas, gustativas, cenestésicas (sensações corporais) e cinestésicas (sensações alteradas de movimentos do corpo como sentir o corpo afundando, as pernas encolhendo), mas são fenômenos menos comuns.

Sintomas negativos incluem o embotamento ou déficit nas funções afetivas (Lindenmayer, Khan, 2006). Ocorrem prejuízos na experiência afetiva e na expressão dos afetos, abulia, alogia (empobrecimento da linguagem e pensamento), anedonia (incapacidade de sentir prazer), apatia e retraimento social. Os sintomas negativos podem ser primários ou secundários, sendo que os sintomas primários são intrínsecos à doença, e os secundários são ligados à privação ambiental, tratamento com antipsicóticos, e depressão (Tandon et al., 2009).

Em relação aos sintomas desorganizados que encontramos na esquizofrenia temos o afeto inadequado (pueril, inapropriado), discurso desorganizado que pode cursar com tangencialidade (dificuldade em discriminar o que é essencial

e o que é irrelevante), pressão de discurso, desagregação do pensamento, prejuízo atencional, bem como o comportamento bizarro e incoerente (Lindenmayer, Khan, 2006).

Pacientes com esquizofrenia manifestam frequentemente alterações motoras, tais como lentificação ou agitação psicomotora, movimentos posturais anormais, maneirismos e estereotípias. Sintomas catatônicos como ecolalia e ecopraxia (repetir de forma automática respectivamente as últimas palavras ou atos do entrevistador), automatismo, flexibilidade cérea (tônus postural exagerado com grande redução da mobilidade passiva dos vários segmentos corporais e com hipertonia muscular) e negativismo extremo são menos comuns atualmente, mas também podem ocorrer no curso da doença (Dalgarrondo, 2000; Tandon et al., 2009).

Atualmente considera-se que o déficit cognitivo é altamente prevalente na esquizofrenia, e pode ocorrer em graus variados (Tandon et al., 2009). Envolve as funções cognitivas em geral, mas pode ocorrer um comprometimento específico das seguintes funções: memória episódica, velocidade de processamento, fluência verbal, funções executivas e memória de trabalho (Tandon et al., 2009).

Além desses sintomas descritos acima, os pacientes com esquizofrenia podem apresentar depressão em qualquer fase da doença, tanto associado aos sintomas psicóticos como isoladamente (Lindenmayer, Khan, 2006). Sintomas depressivos são comuns, podem ser graves e necessitam de intervenção apropriada (Bressan et al., 2003). Excitação e tensão também podem ocorrer em alguns pacientes (Tandon et al., 2009).

Diagnóstico da Esquizofrenia

As descrições de Kraepelin, Bleuler e Schneider influenciaram diretamente os sistemas diagnósticos atuais. Atualmente o diagnóstico de esquizofrenia é feito por critérios operacionalizados da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Diagnostic and Statistical Manual, 5ª edição (DSM-5); os manuais diferem na combinação de sintomas necessários para o diagnóstico e no período de manifestações clínicas, que é de seis meses no DSM-5 e um mês na CID-10. Além disso, o DSM-5 exige a presença de disfunção social e ocupacional por um período significativo de tempo desde o início do transtorno (quadro 1).

Quadro 1. Comparação entre os critérios diagnósticos estabelecidos para esquizofrenia pelo DSM-5 e pela CID-10.

DSM-5	CID-10
<p>A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2), ou (3):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. delírios 2. alucinações 3. discurso desorganizado 4. comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico 5. sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolição). <p>B. Disfunção social e ocupacional: durante um espaço significativo de tempo desde o início do transtorno, uma ou mais áreas de funcionamento como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, encontram-se significativamente abaixo do nível atingido antes do início (ou quando o início ocorre na infância ou na adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de desempenho interpessoal, acadêmico ou ocupacional).</p> <p>C. Sinais contínuos do transtorno persistem durante pelo menos seis meses. Esse período deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao critério A e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais.</p>	<p>G1. Pelo menos um dos sintomas do item 1 ou pelo menos 2 da lista do item 2 devem estar presentes a maior parte do tempo durante pelo menos 1 mês.</p> <p>Item (1)</p> <p>Eco do pensamento, inserção ou bloqueio de pensamentos ou irradiação do pensamento.</p> <p>Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao movimento do corpo, membros ou pensamentos, ações ou sensações específicas, percepção delirante.</p> <p>Vozes alucinatórias fazendo comentário contínuo sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si ou outros tipos de vozes vindas de alguma parte do corpo.</p> <p>Delírios persistentes de outro tipo, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade religiosa ou política, poderes e habilidades sobre-humanos.</p> <p>Item (2)</p> <p>Alucinações persistentes em qualquer modalidade que ocorrem cotidianamente por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios sem conteúdo afetivo claro ou por idéias supervalorizadas persistentes.</p> <p>Neologismos, quebras ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante.</p> <p>Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou</p>

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno do humor foram excluídos devido a:

1. não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa;

2. se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

E. Exclusão de uso de substâncias e condição clínica geral.

F. Quando relacionado a um transtorno global do desenvolvimento: se há história de autismo ou transtorno global do desenvolvimento o diagnóstico de esquizofrenia é estabelecido apenas se os delírios e as alucinações proeminentes também estiverem presentes por pelo menos um mês.

flexibilidade cérea, negativismo, mutismo, estupor.

Sintomas negativos, como apatia marcante, escassez da fala, embotamento ou incongruência de respostas emocionais.

G2 Critérios de exclusão se o paciente preenche critérios para episódio maníaco ou depressivo.

G3 Não deve ser atribuído a doença cerebral orgânica ou a álcool e a drogas.

(Adaptado de APA, 2014 e Ortiz & Lacaz, 2012)

Compreensão Psicodinâmica da Esquizofrenia

Muitos modelos psicodinâmicos foram propostos para ajudar na compreensão da esquizofrenia. Historicamente o caso Schreber publicado por Freud marca o início das teorias psicodinâmicas da esquizofrenia. O próprio Freud oscilou entre um modelo de conflito e um modelo de déficit da esquizofrenia à medida em que a conceituação evoluiu (Gabbard, 2006).

Freud a princípio estava convencido que a esquizofrenia era caracterizada por uma descatexia de objetos, um desprendimento libidinal das representações objetais intrapsíquicas; em outros momentos usou esse termo para descrever o retraimento social em relação às pessoas reais do ambiente. Definiu esquizofrenia como uma regressão em resposta à intensa frustração e conflito com os outros. Enquanto Freud via a neurose como um conflito entre o ego e o id, considerava a psicose como um conflito entre o ego e o mundo externo, uma negação e subsequente remodelamento da realidade (Gabbard, 2006).

Harry Stack Sullivan por sua vez dedicou sua vida ao tratamento da esquizofrenia e desenvolveu um modelo interpessoal. Ele acreditava que a falha na maternagem produzia no bebê um self carregado de ansiedade e o impedia de ter as relações satisfeitas. A patogênese da esquizofrenia segundo Sullivan inicia com uma mãe que é mais ansiosa que o normal e transmite sua tensão para o bebê como experiências do não-eu. O sistema de self da criança desenvolvido ao redor da época de aquisição da linguagem compensa com dissociação excessiva e distorce seu futuro desenvolvimento. O início da doença seria o ressurgimento do self dissociado que levava a um estado de pânico e consequente desorganização psicótica. (Gabbard, 2006; McGlashan e Hoffman, 2000).

Gregory Bateson e Donald Jackson desenvolveram uma teoria sobre relações familiares que denominaram duplo vínculo. A interação usualmente ocorria entre um parente e o filho com esquizofrenia. Consiste no parente transmitir ao filho mensagens incompatíveis (ou até mesmo antíteses) como por exemplo rejeitar

uma aproximação física enquanto pergunta “por que você não demonstra mais afeto?” Esse modelo de comunicação leva a uma situação sem saída de ser criticado tendo ou não feito uma determinada coisa, o que deixa o indivíduo paralisado. Bateson e Jackson postularam que uma exposição repetida a esse dilema poderia contribuir para o surgimento ou agravamento da esquizofrenia (McGlashan e Hoffman, 2000).

Psicodrama e esquizofrenia

Para Moreno, a psicose é gerada em nível evolutivo na fronteira entre a matriz de identidade indiferenciada e a diferenciada. A confusão que se estabelece entre fantasia e realidade é uma das características da psicose, e uma das consequências é a perda ou inibição de papéis exercidos anteriormente à eclosão do surto psicótico (Altenfelder 2001). A experiência psicodramática tenta reconstruir o panorama da psicose, resgatando a comunicação lógica e redescobrimdo o “outro”, para que haja a possibilidade da relação eu-tu, matriz do encontro (Altenfelder 2001).

O primeiro psicodrama realizado com um psicótico foi dirigido por Moreno em 1930 (Moreno 1975). O paciente era descrito como William e apresentava um prejuízo de realidade, uma vivência autista, mostrando desejo de expulsar os familiares de casa, brincava com seus excrementos, e se autointitulava Deus. Além disso era muito ensimesmado e sem nenhum contato com ambiente externo.

Moreno optou por traduzir os sintomas em linguagem poética e utilizando egos auxiliares construiu um mundo auxiliar. Foi criado um mundo paralelo onde os egos auxiliares assumiam papéis adequados às necessidades de William, e o único que tinha seu papel natural e vivia a própria vida era o paciente. Seis meses depois o paciente desenvolveu numerosas tele relações, quer em relação a cores como a pessoas.

Moreno acreditava que o enstimesmamento significava que o paciente estava retirado da realidade. Com esse psicodrama auxiliar foi possível mapear sua rede psicológica. Como o paciente estava muito distanciado de sua realidade foi necessário criar esse mundo auxiliar e à medida que o paciente melhorou foi possível uma aproximação com a realidade (Moreno, 1999).

Moreno descreve também o choque psicodramático, descrito como um treinamento para controle de surtos psicóticos. O choque psicodramático é um procedimento que consiste em reconduzir o doente, que acaba de sair de um episódio psicótico, a um segundo episódio experimental. O choque intenso da fase aguda de uma psicose tem como resposta um choque terapêutico igualmente violento. As pessoas que fizeram parte do círculo do paciente durante o surto devem participar do choque psicodramático e são encarregadas de reanimar suas lembranças psíquicas e corporais. O comportamento físico do paciente traz à tona numerosas reminiscências. Após o choque segue um relaxamento e o doente pode entrar em contato com estados psíquicos que não tinha experimentado antes (Moreno, 1999).

Modelo de esquizofrenia segundo a Análise Psicodramática

De acordo com a Análise Psicodramática a esquizofrenia seria considerada um distúrbio do conceito de identidade do indivíduo (Dias, 2006).

O conceito de identidade do paciente com esquizofrenia seria composto de vários conceitos de identidade mutuamente excludentes. Dessa forma a esquizofrenia seria um transtorno do psiquismo organizado e diferenciado (POD).

A referência utilizada foram os estudos sobre comunicação de Watzlawick, Beavin e Jackson. A comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, tal que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação. Os autores utilizam os conceitos de confirmação, rejeição e desconfirmação e enunciaram a teoria do duplo vínculo, descrita anteriormente. Segundo Watzlawick et al., os pacientes com esquizofrenia se comportam como

se tentassem negar que estão comunicando e depois acham necessário também que a sua negativa seja também uma comunicação. Na esquizofrenia o que aconteceria seria um padrão de desconfirmação. A desconfirmação tal como a encontramos na comunicação patológica, deixa de se interessar pela verdade ou falsidade da definição de eu do indivíduo, negando a realidade do mesmo. Enquanto a rejeição significaria por exemplo “você está errado”, a desconfirmação seria “você não existe”. Em termos formais, se a confirmação e rejeição do eu fossem igualadas em lógica formal aos conceitos de verdade e falsidade, a desconfirmação seria correspondente ao conceito de indecisão. A desconfirmação do eu pelo outro é o resultado de um desconhecimento peculiar das percepções interpessoais chamada de impermeabilidade. Tipicamente segundo os autores o pai ou a mãe não registram o ponto de vista do filho, enquanto que o filho não registra que o seu ponto de vista não foi (e talvez não possa ser) registrado.

Tanto a desconfirmação como a dupla vinculação são distúrbios de comunicação, e portanto ligados à fase psicológica. Não são climas afetivos e dessa forma a Análise Psicodramática entende que a esquizofrenia não é uma patologia da fase cenestésica e sim da fase psicológica.

Num desenvolvimento normal de um indivíduo a comunicação é feita com base na confirmação e rejeição. Na formação do conceito de identidade o indivíduo registrará em seu POD suas vivências, conceitos, deduções e também a incorporação de modelos (assimilação de modelos psicológicos das pessoas que convivem com essa criança), e uma série de conceitos morais adquiridos. Na Análise Psicodramática chamamos de Figuras de Mundo Interno (FMI) os modelos incorporados e os conceitos morais adquiridos. Os conceitos adquiridos irão compor o eu verdadeiro e os conceitos que se opõem são excluídos e formarão a segunda zona de exclusão. Dessa maneira, o indivíduo pode conviver com dois conceitos de identidade: como ele se vê, sente e percebe e como os outros acham que ele é ou deveria ser. Esses modelos são passíveis de reestruturação posteriormente.

No caso de um padrão de comunicação baseado em desconfirmação o indivíduo vai conviver com seu conceito de identidade (como se vê, sente e percebe) mas pela intensa dependência emocional ele acaba reconhecendo o conceito de

identidade de terceiros como se fosse seu próprio conceito de identidade. Dessa forma, existe um conceito de identidade dividido, ambivalente e paradoxal, e o indivíduo não consegue discriminar o que é do eu verdadeiro e o que veio de fora (conceitos adquiridos).

O impacto desse conceito de identidade dividido é uma falta de “chão psicológico” e de um padrão de referência confiável. Os pacientes começam a utilizar como referência os instintos e percepções que são saudáveis.

Em termos de mecanismos de defesa intrapsíquicos, os pacientes com esquizofrenia utilizam as defesas intrapsíquicas usuais e também as defesas psicóticas, que têm a função de evitar o contato psicológico com a confusão e desorganização do conceito de identidade ambivalente do indivíduo.

Defesa paranoide

Derivada da defesa de ideia depressiva, consiste em um debate sem fim a respeito da percepção do outro, das intenções do outro, das motivações do outro. É um debate centrado no mundo externo com o propósito de evitação do contato com mundo interno.

Defesa catatônica

Derivada da defesa fóbica, é uma evitação acentuada de todo o contato com o mundo exterior e com o mundo interno, de modo a não mobilizar nenhuma conduta, opinião ou posicionamento, evitando o contato com a ambivalência.

Defesa hebefrênica

Derivada das defesas de ideias obsessivas e de rituais compulsivos. Evita toda e qualquer reflexão a respeito das posturas e condutas próprias e dos outros. O indivíduo age sem pensar, sendo pueril e evitando o contato com a ambivalência.

Tratamento

A esquizofrenia é uma doença complexa, que envolve diversos aspectos e necessita de uma abordagem multidisciplinar. A tratamento farmacológico com antipsicóticos é um componente essencial no plano de tratamento de indivíduos

com esquizofrenia, e as intervenções psicossociais atuam de forma sinérgica com as medicações (Canadian Psychiatric Association, 2005). O principal objetivo do tratamento é o controle dos sintomas psicóticos, mas sem deixar de lado questões como qualidade de vida, reabilitação funcional, monitoramento e manejo de efeitos colaterais das medicações. Os antipsicóticos surgiram na década de 50 e atuam predominantemente nos sintomas positivos da esquizofrenia, sendo antagonistas dos receptores de dopamina. A hipótese dopaminérgica postula que os antipsicóticos reduzem sintomas pela diminuição da atividade da dopamina (Noto et al., 2012).

Os antipsicóticos são divididos em duas classes: primeira geração, também chamados de típicos ou convencionais; e segunda geração, ou atípicos. Os antipsicóticos de segunda geração também bloqueiam receptores serotoninérgicos (5-HT₂). As duas classes de antipsicóticos têm eficácia semelhante e a principal diferença entre elas é que medicações de segunda geração têm uma menor chance de desencadear sintomas extrapiramidais nas doses terapêuticas do que as medicações de primeira geração (Gadelha, Noto & Mari, 2012).

As intervenções psicossociais têm como objetivo no tratamento da esquizofrenia: reduzir a vulnerabilidade ao estresse e impacto de situações estressantes, melhorar a qualidade de vida e adesão ao tratamento, aprimorar as habilidades dos indivíduos, minimizar sintomas e riscos e facilitar a comunicação. (NICE). As principais modalidades de tratamento são a psicoterapia, psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, intervenções familiares, terapia cognitiva comportamental, terapia ocupacional, e tratamento comunitário.

Uma revisão sistemática realizada em 2007 encontrou 183 artigos que mencionavam estudos sobre terapia dramática, psicodrama e *role-playing*. Desses estudos apenas 5 (n=210) preenchiam critérios de inclusão. Todos esses estudos eram com pacientes internados e a comparação era feita com

tratamento padrão. Entretanto, dois desses estudos eram chineses, e não foi possível para os autores realizarem inferências sobre os problemas e benefícios do psicodrama e terapia dramática para pacientes com esquizofrenia.

O manejo de um paciente com esquizofrenia com técnicas psicodramáticas é visto com cautela por alguns profissionais. Existe uma preocupação de que o uso de técnicas como o espelho poderiam ser prejudiciais e colocar o paciente em situação de exposição o que poderia piorar seu quadro clínico.

Entretanto, existe também uma hipótese de que o espelho poderia mobilizar a parte saudável do indivíduo e até mesmo a crítica em relação ao delírio, o que auxiliaria no processo do tratamento.

Dessa forma o objetivo desse estudo foi utilizar a técnica de espelho no processo de terapia de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com a expectativa de melhorar a crítica dos pacientes em relação aos delírios e alucinações.

2) Objetivo

Avaliar o impacto da técnica de espelho na crítica de pacientes psicóticos sobre o delírio e alucinações.

3) Método

Foram avaliados três pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo segundo o DSM-IV. Os pacientes tiveram suas identidades e dados que pudessem identificá-los omitidos e consentiram em serem mencionados trechos das sessões.

Os pacientes foram atendidos semanalmente, em sessões individuais, de 40-60 minutos.

A principal técnica utilizada foi o espelho. Teoricamente, a origem do espelho está na segunda fase da matriz de identidade, teoria moreniana para o desenvolvimento psicológico do ser humano (Silva CA, 2010). Na segunda etapa a criança começa a ocorrer a diferenciar o eu e tu, a partir do reconhecimento de si mesma. A proposta de Moreno era que o indivíduo pudesse observar sua fala e comportamento para que pudesse avaliar sentimentos, pensamentos, percepções e intenções. O protagonista exerce o papel de espectador, e não de participante. Dentre as diversas técnicas de espelho descritas, a escolhida foi o espelho que retira, cujo objetivo é retirar a fala do cliente, para que em seguida surja uma nova fala e assim por diante. No espelho que retira, o terapeuta assume o lugar do cliente e repete a fala dele em direção a uma almofada ou cadeira (que seria o lugar do terapeuta). Após o espelho o terapeuta pesquisa as associações, sentimentos e lembranças suscitadas no cliente.

Outras modalidades de espelho também foram utilizadas no decorrer dos atendimentos, como o espelho com cena de descarga, o espelho desdobrado e o espelho com questionamento. O espelho com cena de descarga é a técnica na qual o terapeuta, utilizando o espelho, possibilita a descarga das falas e dos sentimentos do cliente para pessoas de mundo externo e figuras de mundo interno (Silva CA, 2010). No espelho desdobrado evidenciamos as divisões internas do cliente, separando dois lados. E no espelho com questionamento o terapeuta inclui uma pergunta ao final do espelho com o objetivo de auxiliar nos questionamentos do cliente (Silva CA, 2010).

4) Apresentação dos casos e discussão

Caso 1: Amanda, 45 anos, solteira, pedagoga aposentada

Início dos sintomas aos 25 anos, quando começou a se sentir vigiada, achava que tinha câmeras em casa, o rádio falava com ela, ouvia risadas e achava que as pessoas na rua falavam dela. Começou a se sentir muito bonita e achava que os homens a olhavam, e se sentia bem com isso. Ficou muito desconfiada e chegou a fugir do trabalho. Em casa achava que seu chefe estava lá e ouvia a

voz dele. Sentia-se especial e achava que seu cérebro estava sendo estudado. Foi internada por alguns dias e desde então em atendimento ambulatorial em uso de antipsicóticos.

Paciente estável do ponto de vista psicopatológico, mas a cada tentativa de realizar alguma atividade como trabalho ou cursos ficava mais autorreferente e se desorganizava. Desistiu de diversas atividades por esse motivo.

Começou atendimento semanal que teve a duração de 7 meses.

Nesse trabalho o objetivo era conversar sobre as questões ligadas aos sintomas da doença e então a terapeuta fazia a proposta de utilizar o espelho durante as sessões. A seguir algumas fases do atendimento:

Fase 1: “Não quero aprovação, mas reprovação me incomoda”

Após uma sessão inicial com o objetivo de estabelecer um vínculo maior e explicação do atendimento, iniciamos o trabalho com o espelho. Na fala da paciente começamos a perceber dois lados: um lado de Amanda que se sentia especial, bonita, inteligente, que queria emitir opiniões, e sentia que “os homens olhavam e me acham bonita”, por outro lado também apareceu uma Amanda crítica, metida, arrogante, que “se acha”, dá palpite onde não deve. Esse lado estava relacionado às vivências persecutórias e ficava projetado nos outros, e aparecia principalmente nesses períodos em que a paciente se expunha mais em novas atividades como cursos. A terapeuta evidenciou para Amanda essa divisão, marcando os dois lados com cadeiras separadas, o que ajudou a paciente a discriminar melhor esses dois lados. Em outras sessões foi possível usar essa divisão para mostrar para Amanda o discurso contraditório e ao mesmo tempo causador de muita angústia para ela.

Fase 2: “Mais vale um alienado feliz que um consciente frustrado”

Amanda contou que sempre que falava o que pensava em seguida sentia-se desconfortável, com a sensação que as pessoas a reprovavam. Lembrou de uma época da faculdade quando acreditava que as pessoas falavam dela no ônibus. Após as sessões com espelho o que apareceu é a fala: *“é isso mesmo, me acham metida”*. Tinha a convicção que incomodava os outros. Após algumas sessões com esse trabalho com espelho vem a frase *“Isso pode ser da doença”*. Amanda expressou desejo de se comunicar, mas com muito medo da reação das pessoas. No lugar de observadora após o espelho diz que *“não quero mais deixar de ser quem eu sou”*. O isolamento característico da esquizofrenia se manifestava muito nas falas em que diz que: *“Gosto da minha companhia...”*

Decidiu desistir do curso pois começou a ter medo e começou um trabalho de autoquestionamento após algumas sessões com espelho:

“Será que não me aceito?” “Será que eu queria de verdade ser diferente?” “As pessoas me acham metida. Se eu fosse rica me achariam excêntrica”. “Minha mãe me acha metida e crítica. Não me encaixo na vida da periferia.”

“Será que dá pra melhorar?” Durante algumas sessões permaneceu no binômio medo e desejo de se expor e as consequências disso.

Fase 3: *Eu não tenho com quem dividir as minhas ideias.*

Durante as sessões apareceu o assunto da sobrinha filha de seu irmão caçula, com a qual Amanda tem muita ligação. Tinha planos de ajudar financeiramente a sobrinha e demonstrava muita preocupação com a escola e o futuro dela. Quando questionada sobre relacionamentos Amanda referia não ter amigos e parecia ter pouca interação social. Dizia preferir falar sozinha com um “amigo imaginário” *“porque posso me expor, viajar”*. Ouvindo as falas do espelho apareceu um medo de falar com as pessoas e se sentir perseguida. Ao mesmo tempo Amanda admitiu que fala sozinha porque se sentia sozinha. Também apareceu uma contradição: *“não, eu não me sinto sozinha, eu gosto de sair sozinha, ficar sozinha. Eu não tenho com quem dividir as minhas ideias. E não tenho como influenciar as pessoas e mostrar para o mundo o que eu penso.”*

Outros conteúdos que apareceram nas sessões com espelho foram uma situação de abuso pelo patrão quando Amanda começou a trabalhar, e uma sensação de clima erotizado por parte do pai na adolescência. Amanda acreditava que essas sensações e a vivência do abuso prejudicaram seu relacionamento com homens e também sua relação com o feminino, inclusive o autocuidado e higiene pessoal. Isso apareceu após o espelho: *“Não quero me arrumar e ser feminina para não despertar desejo do meu pai”*. *“Ele ficava me olhando quando eu chegava da escola à noite”*. Sentia-se culpada também por achar o corpo do pai bonito. Essas sessões foram difíceis e delicadas, e a paciente demonstrou muita culpa pelas situações e trouxe a constatação: *“Eu me anulei, sou um monstro”*. Começamos a pensar no futuro e em como Amanda lidaria com essas questões a partir de agora, tentando minimizar a sensação de culpa e também conversando sobre a responsabilidade do patrão e do pai nas situações descritas. A paciente mostrou-se aliviada em poder dividir esses conteúdos com a terapeuta.

Evolução: Após o encerramento do período combinado de terapia Amanda ainda marcou algumas sessões espaçadas para discutir alguns assuntos. Resolveu levar adiante o projeto de um blog sobre transtorno mental e se filiou a uma associação de portadores de transtorno mental. Atualmente dá palestras sobre sua experiência pessoal, fez algumas amizades nessa associação e está em outro processo de psicoterapia. Estável do ponto de vista psiquiátrico.

Caso 2: Alfredo, 24 anos

Paciente com diagnóstico de esquizofrenia, com início dos sintomas aos 13 anos quando começou a apresentar visões de conteúdo mórbido e alucinações auditivas (ouvia vozes masculinas, únicas, claras, externas de pessoas mortas que conversavam com ele, e também vozes do demônio). As vozes davam comandos inclusive para que ele se matasse. Chegou a tentar suicídio três vezes obedecendo às alucinações, tendo sido internado em hospital geral por uma semana na primeira delas. Fez uso de diversas medicações-antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor. Nunca teve remissão completa das alucinações. Teve períodos de isolamento, ficava o dia todo em casa e não

estudava nem trabalhava. Morava com os avós. Em psicoterapia semanal há 2 anos.

Fases do atendimento

Fase 1: “*Com o diabo não se fala*”

Nessa época o paciente tinha muito medo do diabo e das vozes. As alucinações auditivas eram de conteúdo crítico e diziam que ele era incapaz e sem valor. O paciente sentia-se culpado “*devo ter feito algo errado para merecer esse castigo*”. Alfredo estava bastante desanimado e manifestava desejo de morrer, sem ideação suicida estruturada. A atividade proposta nesse momento da terapia foi o espelho da terapeuta enfrentando as vozes e o paciente apenas no lugar de observador. Ele até dizia que a terapeuta poderia ter alguma razão para defendê-lo das vozes, mas fazia uma aliança e dizia que as vozes estavam certas a respeito dele. O diabo ficava representado numa outra cadeira e não era abordado nem participava da dramatização, e isso deixou o paciente mais seguro. Foram feitas várias sessões com espelho nesse modelo.

Fase 2: “*Nunca vou melhorar*”

Após algumas sessões aparece um lado muito depressivo de Alfredo. Ele conta que as vozes e visões nunca sumiram e nesse momento não faz relação desses sintomas com seu estado emocional, algo que é bem identificado pelos seus familiares. O paciente tem um cotidiano esvaziado, ajuda na mercearia do pai mesmo sem energia e apresenta humor deprimido. É muito sensível a acontecimentos do cotidiano.

A atividade proposta nessa fase da terapia foi a pesquisa do conteúdo das vozes-cinismo, críticas, dizem que ele não tem valor, não serve para nada, melhor morrer mesmo. As vozes eram muito sarcásticas com Alfredo e debochadas. Nessa fase foi realizado o espelho onde a terapeuta estava no lugar das vozes/diabo falando as críticas e acusações para Alfredo e Alfredo no lugar de observador. Essas sessões eram permeadas por carga emocional forte e Alfredo continua concordando com as vozes e achando mesmo que não tinha valor.

Fase 3: “*Uma vez católico, sempre católico*”

Alfredo falava bastante da Igreja Católica. Admirava a Igreja Católica tradicional e não se encaixava nas “modernidades” da Igreja. Contou que sonhava em ser padre desde bem jovem, mas foi recusado em dois momentos pelo quadro psiquiátrico. Aos 17 anos decidiu filiar-se à TFP (Sociedade Brasileira de Defesa à Tradição, Família e Propriedade), onde sentia-se muito bem, como se estivesse em família. Dizia que o dr. Plínio Correa de Oliveira (o fundador da TFP) era um pai para ele. Referia um desejo muito grande de voltar a frequentar essa instituição. Ainda acreditava que *“se vejo o diabo é porque mereço ser punido.”* Nessa fase do atendimento trabalhamos de forma mais verbal com a flexibilização de crenças. Apareceu a possibilidade de combater o “mal” sendo um policial já que o retorno à TFP não seria possível pelo conflito com a família.

Fase 4: *“Ignoro as vozes mas não enfrento”*

Nessa fase da terapia começamos a fazer um enfrentamento das vozes. Alfredo conseguiu em alguns momentos deixar de lado as alucinações e não obedecer aos comandos. Ainda via mulheres com roupas de época na rua mas não ficava abalado com isso. Ficava triste pois achava que iria ser sempre assim, com forte conteúdo de desesperança. Começou a treinar artes marciais.

Nessa fase fizemos espelho onde a terapeuta fazia o enfrentamento das vozes e aos poucos Alfredo começava a concordar com o que era falado. Nunca manifestou desejo de enfrentar as vozes sozinho.

Fase 5: *“Rezo e os demônios desaparecem”*

Nessa fase da terapia Alfredo ainda não tinha coragem de falar com as vozes mas se irritava com elas, ficava incomodado. Continuou a ver demônios, mas ao invés de ter medo ficava com raiva. Decidiu usar o recurso de rezar as jaculatórias (pequenas orações ou invocações católicas) e eles desapareciam. Falava que gostaria de destruir os demônios. Nessa fase da terapia o espelho

foi feito contando para as vozes que Alfredo estava melhor, que estava frequentando a faculdade e sentindo-se melhor. Alfredo se sentia bem com o espelho, e concordava com os conteúdos de enfrentamento falados pela terapeuta durante a técnica. Começou a fazer faculdade de psicologia e estava animado com o curso.

Evolução: Nos dois anos de acompanhamento o paciente apresentou muitas oscilações de sintomas, mas nunca remitiu completamente as alucinações auditivas e visuais. Apresentou também sintomatologia depressiva e ideação suicida, tendo sido internado por vontade própria por uma semana nesse período. A divisão assassino versus vítima de Alfredo é compactuada, o que justificava a internação para autoproteção. Após o período combinado da terapia o paciente optou por continuar o atendimento, e vem em sessões semanais. Continua na faculdade apesar das dificuldades. Acredita que a terapia o ajuda a enfrentar os sintomas e não se sente tão sozinho. Conseguiu com as sessões resgatar vivências alucinatórias quando era mais novo, inclusive na infância, e teve a oportunidade de elaborar melhor as vivências ligadas ao transtorno mental.

Caso 3: Aurora, 55 anos

Paciente fisioterapeuta mas nunca exerceu a profissão, com diagnóstico de esquizofrenia desde os 25 anos. Foi internada no início do quadro, quando desenvolveu um delírio místico religioso, chegou a se filiar a uma seita católica, referia comunicações com Deus. Também começou a se sentir perseguida por uma amiga com quem teve um breve envolvimento amoroso. Dizia que a religião a salvara dos pecados do mundo. Nos períodos de crise o traço religioso ficava bastante acentuado, e a paciente chegava a ficar horas rezando de joelhos e fazia jejuns muito prolongados, deixando sua saúde mais fragilizada. Morava com mãe e irmã, sendo a mãe muito rigorosa e crítica. Aceitou a proposta de

psicoterapia pelo conflito com mãe e irmã, achava que as duas eram muito agressivas no contato verbal, e não a aceitavam (especialmente a mãe).

O tempo total de atendimento foi de quatro sessões. Na primeira sessão após a fala da paciente fizemos o desdobramento do lado crítico versus Aurora versus Deus. Devido às convicções religiosas a terapeuta optou por identificar Deus em separado (uma almofada) e dizer que não iríamos entrar nos comentários de Deus. A paciente trazia uma série de pensamentos como “*Deus não quer que eu faça ioga*”, “*Deus quer que eu faça jejum*”. Tentamos diferenciar o quanto esses pensamentos eram provenientes de Deus ou do lado crítico de Aurora. Optamos pelo trabalho com o lado crítico que sempre desqualificava as ações dela e que a deixava mal.

Na segunda sessão trouxe lembranças de relacionamento com uma pessoa que ainda achava que a perseguia mesmo após 20 anos de perda de contato. Na primeira sessão com espelho: paciente deu risada, ficou visivelmente desconfortável com a situação, e não conseguiu fazer associações.

Na quarta sessão pediu para interromper o tratamento a princípio porque estava muito ocupada com afazeres domésticos e com cuidados com a mãe mas durante o atendimento disse que teria que lidar com assuntos delicados (como a sexualidade) durante a terapia mas ainda não se sentia pronta. Optamos por interromper as sessões e a terapeuta se disponibilizou a atender a paciente caso ela mudasse de ideia.

Comentários e discussão

A proposta da Análise Psicodramática no tratamento da esquizofrenia é de continência externa, medicação e reorganização do conceito de identidade. Dias (2006) propõe dentro da reorganização algumas estratégias:

a) Nomear a ambivalência: muitas vezes o paciente tenta nomear o conceito adquirido como “as vozes”. Essa estratégia ajuda a separar o conceito adquirido e facilita no momento em que é necessário o confronto.

b) Valorizar as sensações e intuições que são a parte saudável da pessoa com esquizofrenia. Devemos tomar as sensações e intuições como referência para identificar e discriminar o eu verdadeiro.

c) Procurar as “verdadeiras explicações”: uma vez nomeado o conceito adquirido e confrontado com o verdadeiro Eu, começamos a identificar as verdadeiras explicações. Quem realmente perseguiu o paciente? Quem realmente controlou seus pensamentos?

Essa proposta está de acordo com o trabalho de Abramson (2010) que descreve cinco princípios que devem ser observados no tratamento de pacientes com sintomas psicóticos. Eles são: segurança na situação de terapia, empatia como forma de entender o paciente e evitar problemas de contratransferência, validar a situação terapêutica aumentando a segurança e promovendo fortalecimento do ego, sendo uma “pessoa de verdade” ao invés de um psicanalista tradicional distante e formal, e “internalização transmutadora” como a maneira na qual o processo terapêutico promove o desenvolvimento de um self mais forte capaz de viver numa realidade convencional.

O objetivo desse trabalho foi avaliar a técnica do espelho que retira no trabalho com pacientes psicóticos, com o enfoque específico na crítica do paciente em relação aos delírios e alucinações. Baseado no modelo de atendimento da Análise Psicodramática seguem algumas considerações a respeito.

Foram atendidos três pacientes em terapia segundo a proposta da Análise Psicodramática por períodos de tempo entre um mês e dois anos. Apesar de se tratar de uma amostra pequena, podemos fazer algumas considerações. A primeira é que a técnica do espelho se mostrou útil no atendimento dos pacientes, especialmente no caso de Amanda e Alfredo. Apesar de serem pacientes com gravidade distinta, ambos se beneficiaram da técnica em alguns pontos:

a) Elaboração do episódio psicótico resgatando memórias esquecidas: ao fazer o espelho e retomar a história da primeira crise Amanda e Alfredo puderam recontar e elaborar o surto. Apesar de serem sessões com forte carga emocional, falar sobre as crises e os sintomas levou a um alívio segundo os pacientes e também a uma reorganização do material psicótico. Muitas vezes é doloroso recordar essas vivências, mas importante para uma maior aceitação do quadro.

b) Questionamento dos delírios e alucinações

No caso de Amanda cuja grande queixa era a de se expor, o trabalho com o espelho e a divisão possibilitou que ela percebesse o quanto as críticas que apareciam eram provenientes muito mais de seu mundo interno que das pessoas com quem convivia. A situação de Alfredo é mais delicada, tendo em vista a gravidade das alucinações, mas foi possível perceber um certo grau de questionamento em algumas sessões, quando ele começou a acreditar que as vozes e visões poderiam ser da doença e não do demônio. Ainda existe uma grande ambivalência nesse sentido, mas é possível perceber um início de crítica a respeito e em alguns momentos até um confronto com as alucinações (quando decide rezar as jaculatórias por exemplo).

c) Levantamento de material mais profundo

Graças ao espelho foi possível à terapeuta abordar a sexualidade e a história de abuso de Amanda e no caso de Alfredo toda a história de abandono por parte da mãe. O paciente tinha um relacionamento difícil com a mãe, permeado por muitas queixas de sentir-se abandonado por ela (ficou morando com a avó após a separação da mãe). Esse material pôde vir à tona especialmente após as sessões de espelho, inclusive com manifestações de raiva e de intensa tristeza. A queixa de abandono por parte do pai adotivo após a separação também foi trabalhada. A terapeuta como tinha uma aliança terapêutica mais sólida nessa fase pôde inclusive fazer cena de descarga com a mãe e o pai adotivo, o que promoveu alívio para Alfredo.

d) Fortalecimento da parte saudável

A técnica de espelho mobiliza o lado saudável do indivíduo, auxiliando no questionamento em relação às ideias delirantes e mesmo em relação às alucinações como observado no caso de Alfredo. O fortalecimento da parte saudável bem como a nomeação da ambivalência (no caso de Amanda lado crítico versus eu e no caso de Alfredo vozes versus Alfredo) auxiliam na reorganização do conceito de identidade proposto por Dias (2006).

e) Limitações e desafios

No caso de Aurora a terapia não continuou após quatro sessões. Acreditamos que para a paciente encarar os seus conteúdos mesmo na posição de observadora gerou um incômodo muito grande, evidenciado pela risada e também pela falta de conteúdo após a técnica. Para alguns pacientes pode ser necessário maior tempo de atendimento até a realização do espelho, ou mesmo evitar para não mobilizar defesa. No caso, a defesa foi de evitação consciente.

Outra limitação do estudo foi o número de pacientes. Outros casos devem ser avaliados para melhor definição do uso da técnica. Além disso, seria interessante avaliar a resposta em pacientes com subtipos de esquizofrenia como a hebefrênica (com maior desorganização e puerilidade) e mesmo se haveria alguma indicação para realização de espelho físico no caso de esquizofrenia catatônica.

Considerações finais

O uso da técnica de espelho pode ter benefícios como os expostos a cima. Além disso, o espelho permite que o terapeuta tenha maior controle da sessão e seja mais ativo. Fazer o espelho e colocar o indivíduo apenas no papel de observador pode auxiliar e evitar o superaquecimento. O paciente em geral se sente ouvido e percebido após o espelho, o que pode fortalecer a aliança terapêutica. Iniciar o atendimento confrontando o lado crítico/negativo também pode fortalecer a aliança terapêutica como no caso de Alfredo.

Em resumo, a Análise Psicodramática pode ser uma psicoterapia de escolha para pacientes com esquizofrenia, desde que observados alguns cuidados. A possibilidade de aprofundar as dinâmicas e o uso de técnicas pode ser interessante para alguns pacientes.

Referências

Abramson R. Psychotherapy of psychoses: some principles for practice in the real world. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2010;38(3):483-502.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Bressan RA, Chaves AC, Pilowsky LS, Shirakawa I, Mari JJ. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. *Psychiatry Res*. 2003; 117:47-56.

Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines: Treatment of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005; 50 (suppl 1): S1-S56.

Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Dias VRCS. Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática, volume I. São Paulo: Ágora, 2006.

Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Gadelha, A., Noto, C.S., Mari, J.J. (2012). Pharmacological treatment of schizophrenia *International Review of Psychiatry*, 2012; Early Online: 1–10 DOI: 10.3109/09540261.2012.703643

Lindenmayer JP, Khan A. Psychopathology in Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. *Textbook of Schizophrenia*. Arlington, American Psychiatry Publishing: 187-221, 2006.

McGlashan TH, Hoffman RE. Schizophrenia: Psychodynamic to Neurodynamic theories. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2000.

Moreno JL. *Psicodrama*. São Paulo, Cultrix, 1975.

Moreno JL. Psicoterapia de grupo e psicodrama. 3ª ed. Campinas: Editora Livro Pleno, 1999.

Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 363: 2063–72.

36. Noto CS, Gadelha A, Cunha PM, Attux C. Tratamento eficaz: abordagem farmacológica, manejo de efeitos colaterais e estratégias para a prevenção de recaídas. In Noto CS, Bressan RA. Esquizofrenia: avanços no tratamento multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Ortiz B, Lacaz FS. Esquizofrenia: diagnóstico e dimensões clínicas. In Noto, C.S., Bressan, R.A. Esquizofrenia: avanços no tratamento multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Ruddy RA, Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;(1):CD005378.

Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005 May;2(5):e141.

Silva, CA. As técnicas de espelho na Análise Psicodramática. In: Dias VRCS. Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática, volume III. São Paulo: Ágora, 2010.

Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 2008; 110: 1-23.

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana - um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da comunicação. São Paulo: Cultrix, 1973.