

Psicólogos em São Paulo

E-book

TRATAMENTOS PARA SURTO PSICÓTICO



SUMÁRIO

1 SURTO PSICÓTICO.....	3
2 ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA.....	7
3 OUTROS INSTRUMENTOS PARA SURTO PSICÓTICO.....	13

Psicólogos em São Paulo

Capítulo 1
**SURTO
PSICÓTICO**



CAPÍTULO I - SURTO PSICÓTICO

Uma pessoa pode conviver com alucinações, ideias delirantes e sensações corporais que a colocam fora do que a maioria de nós chamaria de “normalidade” até que tais construções se tornem implacáveis e torturantes. A partir desse momento pode haver um transbordo, um surto psicótico. Por outro lado, tal arroubo pode sequer ocorrer. Sucintamente a crise psicótica é uma experiência de desrealização, despersonalização e perda da alteridade associada à ruptura na experiência do eu e do outro, do mundo externo e interno e do tempo.¹

Na psicose a concepção da realidade pode ter-se vagarosamente se transformado, como se sofresse uma invasão de significados inicialmente irreconhecíveis, alienígenas, que depois se tornaram a ordenação da realidade vigente para a pessoa, que pode passar a se sentir invadida por pensamentos, vozes e interpretações do mundo a sua volta e de si mesma que soariam estranhas para a maioria das pessoas.



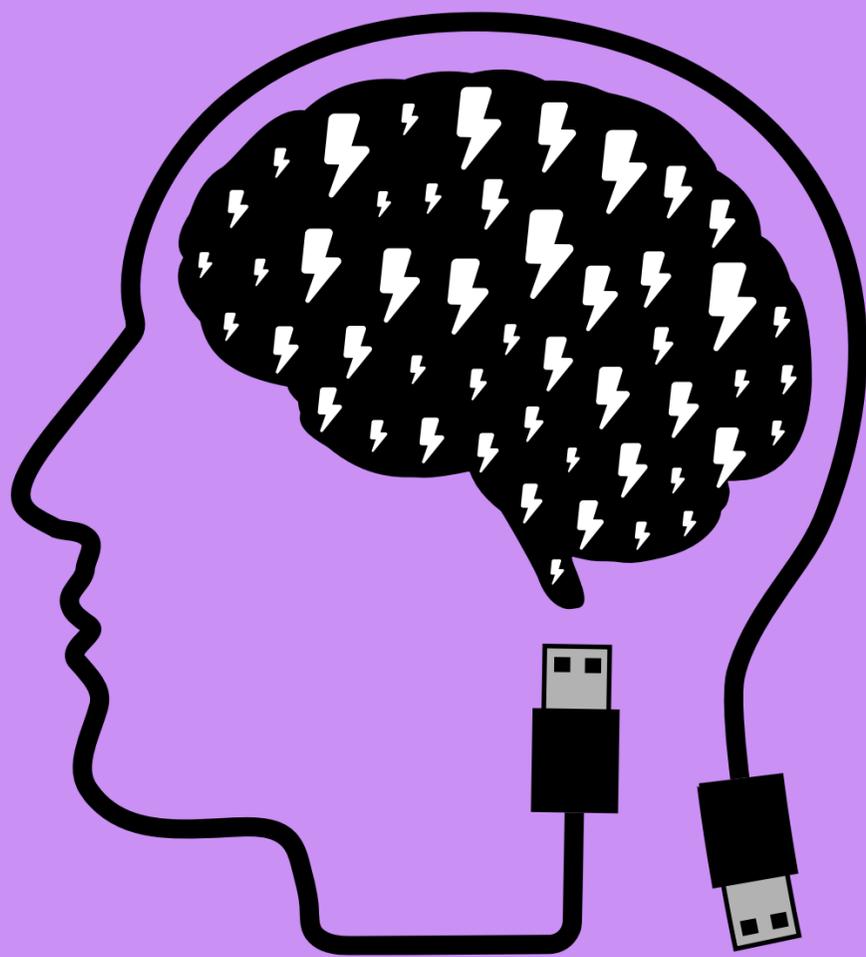


Muitas vezes quem sofre com essas ideias e imagens invasivas sabe que se as divulgasse não seria levada a sério, ou pior: seria considerada louca. O desencadeamento do surto psicótico tende a passar por diversas etapas. Em primeiro lugar, existe uma sensação de que as coisas mudaram. Ela pode ser descrita como uma vaga ideia de que tudo está errado, ou simplesmente diferente. A pessoa não consegue determinar exatamente o que é. Talvez se sinta ansiosa, confusa ou intrigada. Vez por outra, pode haver uma sensação de alegria ou um contentamento inexplicável. Há uma impressão de significação no mundo a seu redor, como se, de algum modo, ela estivesse cônica de que as coisas são significativas, mas não de uma forma definida. Investigações sobre o início da crise psicótica revelam a presença de determinado evento como marco nas mudanças observadas no comportamento. Em geral são eventos em que predominam a sensação de desamparo, abandono e insegurança e diante dos quais a pessoa se vê sem recursos.¹

Tal situação produz ruptura emocional desestruturante por ocorrer de forma brusca e inesperada ou pela exposição constante e intensa a situações de estresse e conflito.¹Programas específicos para tratamento do primeiro episódio psicótico apresentam como pressupostos básicos a identificação precoce, o tratamento intensivo e a prevenção de recaídas. Estes programas podem diminuir o tempo da psicose não tratada e devem incluir tratamento intensivo do paciente e de seus familiares.¹Antes mesmo do advento da psicanálise outros especialistas e estudiosos se debruçaram sobre essas manifestações quando incontrolláveis e visíveis. Alguns deles ajudaram na criação de classificações médicas criando diagnósticos como demência precoce e esquizofrenia- com suas dezenas de classificações até a atualidade- assim como tratamentos para essas condições.

Referência:¹ ARAUJO, Leandro Martins Costa de; GODOY, Emanuele Freitas Manata; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 69, n. 2, p. 138-152, 2017 . LEADER, Darian. What is madness?. Penguin UK, 2011.





Atendimento de surto psicótico:Psicanálise para o surto psicótico

A psicanálise propõe que ao invés de indicações de distúrbio, caos ou colapso, os sintomas psicóticos podem ser vistos como tentativas de solucionar três problemas fundamentais: como é possível dar sentido à realidade de um indivíduo, como é possível ancorar a libido (que pode ser entendida como energia) do corpo e como é possível criar uma distância segura do Outro(o outro enquanto a diferenciação de um indivíduo com relação a outros)?A perspectiva de Lacan (eminente psicanalista do século XX), como muitos psiquiatras de sua época, estabelecia uma distinção criteriosa entre as condições da psicose e as causas do surto psicótico. Quando a condição básica era a falha da metáfora paterna(a ideia de lei, de limites para ação e desejo) diversos fatores contributivos diferentes podiam entrar em ação.

O advento da psicose nunca podia ser previsto de antemão, e só depois é que se podia trabalhar em sentido retrospectivo, explorando a história singular da pessoa para descobrir pistas capazes de mostrar como a psicose havia se estabelecido. No entanto, entende-se atualmente que ajudar a pessoa a atravessar esse período difícil pode desviar a atenção da reconstrução da sequência exata de acontecimentos que leva ao surto. O(a) psicanalista durante o tratamento do surto psicótico deve se atentar ao estudo cuidadoso dos detalhes dessa cronologia, terapêutica em si e portadora de informações valiosas, não apenas quanto à razão de a pessoa haver surtado, mas também quanto ao que havia impedido que ela enlouquecesse até então. E isso pode ser crucial para mapear as estratégias terapêuticas do tratamento. As experiências invasivas que ocorrem posteriormente podem dificultar, para a pessoa, a lembrança do que aconteceu nas primeiras fases, as quais podem ser simplesmente qualificadas como envolvendo uma sensação de perplexidade ou enigma.





A impressão de significação que ela havia discernido pode passar por uma alteração sutil ou muito direta. As significações que intui dirigem-se a ela, embora não fique claro de que modo ou em que sentido. Há uma ideia de “significação pessoal” nessas significações, diferente da continuidade da experiência anterior. No momento em que se desencadeia o surto, a rede simbólica é rompida e a pessoa intui que falta alguma coisa. O tratamento psicanalítico terá seu foco na investigação na dinâmica intrapsíquica, na relação triangular entre si mesmo e o Outro, e no auxílio da reconstrução dessa dinâmica com as estruturas internas disponíveis do(a) paciente.

Referência: LEADER, Darian. What is madness?. Penguin UK, 2011.

Psicólogos em São Paulo

Capítulo 2

ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA



CAPÍTULO II - ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Vamos discutir um pouco a abordagem de Alfredo Moffatt sobre atendimento de pessoas em crise. É um dos modelos que se aproximam ao eixo epistemológico fenomenológico existencial, em que podemos citar os de inspiração humanista, fenomenológico existencial, ambos centrados no dispositivo do plantão psicológico como forma de acolhimento das emergências e crises pontuais. Desse ponto de vista existencialista o eixo em que transita a existência humana é a temporalidade, em contraste com a visão psicanalítica da sexualidade. Partindo desse ponto de vista, pode-se conceber o homem como um ser que temporaliza e é responsável por sua temporalização. Consoante a isso, segundo Moffatt, o tempo é constituído pelo homem com base na percepção do antes e do depois, para o autor o que existe em si é o movimento do espaço, mas sua sucessão só pode ser constituída por um eu que se projeta imaginariamente sobre a realidade.





Do ponto de vista de Moffatt o tempo é uma atitude humana em relação ao mundo que tem como base uma percepção real. O surto psicótico para este autor é um jeito de se desconectar com o mundo dos outros, similar ao efeito da arte, a meditação e o uso de drogas psicodélicas de forma controlada.¹ Todo delírio é uma verdade, uma metáfora de uma cena esquecida, por isso podemos ajudar o paciente, talvez não a recordar, mas a reconstruir seu sentido.¹ Para resgatar a pessoa desse poço de confusão e não dissociação é necessário que haja um outro que promova um momento de identificação com a pessoa deslocada, para que ela sinta que um outro está ressonando com ela. Um é movido, colocado no lugar do outro. Caso o outro esteja com medo, o um evoca seus próprios medos para entender os medos do outro, e se ele está triste, suas próprias tristezas.

Moffat estabelece três momentos do atendimento ao paciente em crise psíquica: a) contenção, b) regressão, c) explicação, d) mudança.¹ Assim, num primeiro momento após, ou durante o surto, é proposto que se acolha a pessoa. Muitas vezes sem palavras, sem explicações, somente através do contato humano, o conforto e contingência de um abraço, que talvez possa conter um interior em erupção. Acredita-se que a necessidade do paciente em crise é que alguém o sustente e o alivie do peso do medo, para assim contar com energias livres para explorar-se e perceber do que tem medo. Tal interpretação também cabe em outras crises, como uma crise neurótica, um momento de desestabilização em que se busca novos apoios para se sustentar. O acolhimento seria um dos instrumentos para ajudar a baixar a ansiedade de quem está em surto psicótico. A identificação proporcionada por um(a) psicoterapeuta, que além de permitir esse movimento com a pessoa em crise atuará em outra frente, distanciada(a) o bastante para lidar tecnicamente com os sintomas e acolher a pessoa e seu sofrimento.





Segundo recurso para lidar com surto psicótico A pessoa em surto psicótico perdeu vínculos e a capacidade de estruturar a realidade que a defendiam da vivência de vazio. A terapia lhe permite reconstruir um modelo de vínculo na relação com o(a) terapeuta, e além disso esse processo é pautado, estruturado por um lugar, o consultório, a clínica, com horários e regras de operação (tempo, espaço e atos). Tudo isso lhe permite reinserir-se no mundo da cultura, este espaço coletivo de abstrações e olhares compartilhados que funciona como trama de sustentação de nossas subjetividades. A cultura é um espaço transicional com um instrumento básico que é a palavra.

Psicólogos em São Paulo

Capítulo 3

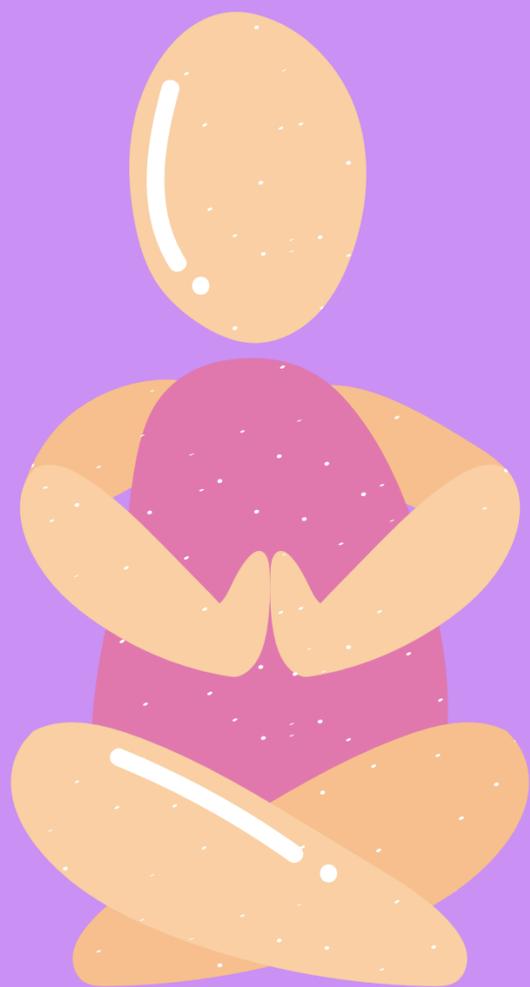
OUTROS INSTRUMENTOS



CAPÍTULO III - OUTROS INSTRUMENTOS

Outro grupo de técnicas – relaxamento muscular- refere-se ao aproveitamento da simultaneidade músculo emoção, desenvolvido pela terapia de Wilhelm Reich, segundo a qual a contração é medo. Essa simultaneidade está condicionada por séculos de evolução, no início da qual, diante do perigo o animal humano tinha que contrair sua musculatura para a ação de fuga ou ataque. Não existe a emoção medo a nível de consciência sem que simultaneamente exista contração muscular, tanto que as situações de estresse mantidas por longo tempo conduzem a contrações crônicas e finalmente a colapsos corporais. Por tudo isso, ante um quadro de crise aguda é conveniente a utilização de alguma técnica de relaxamento. Mas é preciso notar que se a contração muscular ocorrer enquanto manifestação defensiva da pessoa é preciso encontrar outras maneiras para lidar com a crise enquanto se mantêm a pessoa com defesas erguidas.





Terapia Cognitiva Comportamental para Crises Psicóticas

O modelo cognitivo da Terapia Cognitivo Comportamental(TCC) é representado por três premissas fundamentais: a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento.¹De modo geral, no tratamento da esquizofrenia, a TCC busca ensinar as pessoas que experimentaram, ou vivenciam crises psicóticas a analisar, desafiar e mudar pensamentos, atribuições e crenças subjacentes a sintomas psicóticos perturbadores, baixa autoestima e percepções da interferência na realização de objetivos funcionais.¹Alguns objetivos realistas da TCC seriam ajudar a pessoa que passa pelo surto psicótico a aprender como lidar com problemas como delírios e alucinações, como entendê-los de uma maneira que seja útil, funcional, assim como para produzir mudanças de crenças.²

Recaída

Um ponto importante na discussão sobre prevenção de surto psicótico é o uso do termo recaída, que tem tantas definições quanto estudos dedicados sobre o tema. Diz-se que o tratamento antipsicótico a longo prazo reduz o risco de alguém ter uma 'recaída' de esquizofrenia ou psicose, mas diante da divergência entre suas interpretações surgem questões sobre a validade dessa afirmação.¹'Recaída' pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes no mundo real, mas se poderia pensar que haveria uma definição consistente de recaída em estudos de pesquisa ou pelo menos um pequeno número de definições com critérios semelhantes. Mas acontece que não é esse o caso.¹Na pesquisa clínica RADAR (Pesquisa sobre descontinuação e redução de antipsicóticos), os pesquisadores decidiram usar a reinternação como marcador de uma recaída séria, além de um painel de especialistas (incluindo pessoas com experiência vivida) para identificar episódios de recaída de resumos cegos dos prontuários clínicos.¹





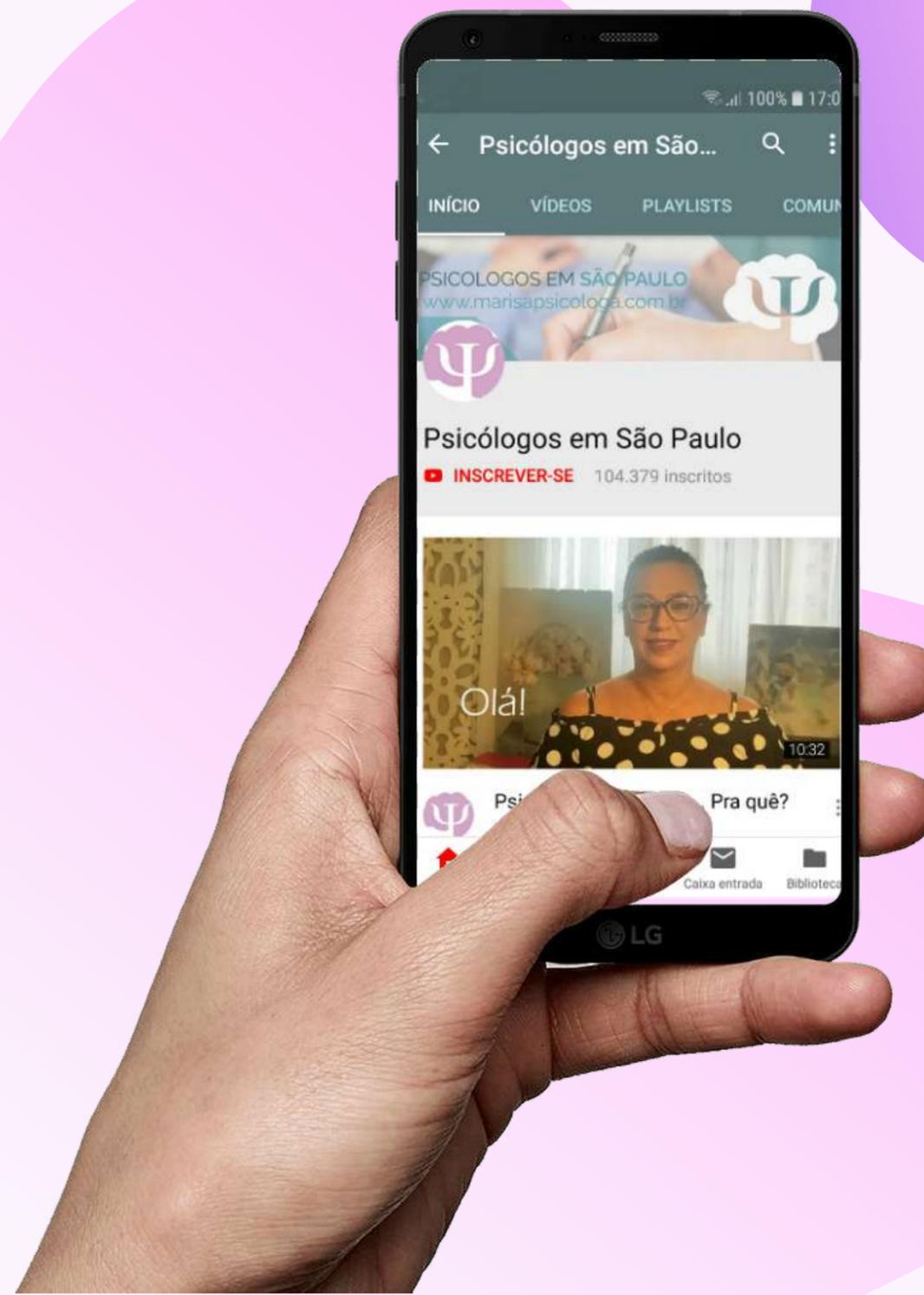
De qualquer forma, espera-se que os pacientes aumentem sua autoeficácia, graças à promoção de recursos de autogestão e enfrentamento, bem como ao fortalecimento das crenças dos pacientes sobre sua capacidade e eficácia para lidar com os sintomas de estresse e doença.² Autoconhecimento e conhecimento sobre os sintomas particulares que percebe em si com relação ao quadro geral da psicose são indicações para a prevenção da recaída. E por isso, costumam fazer parte dos programas de tratamento para surto psicótico.² A atenção de familiares e amigos com a pessoa que teve o surto também é importante, assim como o trabalho junto a esses atores do círculo mais próximo pelo(a) psicoterapeuta. Pois cuidar e conviver com alguém que sofreu um surto psicótico pode ser desconcertante e um desafio para o qual muitos de nós não estamos preparados.

¹ <https://madinbrasil.org/2020/01/o-que-significa-recaida-definicoes-usadas-em-pesquisas-com-antipsicoticos-nao-sao-claras/>² GODOY GARCÍA, Juan Francisco et al. Prevención de recaídas en la esquizofrenia: propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. 2016.

Assista vídeos exclusivos!

PRODUZIMOS SEMANALMENTE COM CARINHO PARA VOCÊ.

Assine nosso canal no YouTube e clique no "sininho das notificações"



Saiba mais:



(11) 99787 -451

WHATSAPP - Clique aqui e envie uma mensagem



TELEFONE

(11) 3262-0621



SITE

www.marisapsicologa.com.br



ENDEREÇOS

Unidade I: Rua Bela Cintra, 968 – Paulista;

Unidade II: Rua Frei Caneca, 33 –

Consolação.



REDES SOCIAIS



Página - Psicólogos em São Paulo



Canal - Psicólogos em São Paulo



@psicologomarisa



@psicologoemsaopaulo