

A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos

Fernando Sargo Lacaz*
Rodrigo Affonseca Bressan**
Marcelo Feijó de Mello***

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia acomete 1% da população. Aproximadamente 25% destes pacientes apresentam sintomas depressivos durante o curso da doença^{1,2}. A ocorrência destes sintomas está relacionada a períodos de hospitalização mais longos, pior resposta às medicações, pior desempenho social, evolução crônica, maiores taxas de recaídas e suicídio¹.

O tratamento da depressão em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia depende da gravidade e das características dos sintomas clínicos apresentados. São aconselháveis estratégias como redução ou aumento da dose de medicação antipsicótica ou mesmo troca da medicação. Outros recursos utilizados nestes

casos podem ser a introdução de antidepressivos, internação hospitalar e suporte multidisciplinar¹⁻³. Tanto no tratamento da depressão isolada como no tratamento da depressão comórbida, a psicoterapia deve ser considerada⁴.

A psicoterapia interpessoal (TIP) é utilizada no tratamento da depressão desde meados da década de 70⁵⁻¹¹. Caracteriza-se por ser focal, com duração limitada e sistematicamente avaliada em ensaios clínicos controlados, randomizados e em estudos de revisão sistemática e meta-análise¹². Nos últimos anos, a TIP passou a ser testada e, posteriormente, utilizada para tratamento de outros transtornos psiquiátricos, como transtorno afetivo bipolar, bulimia nervosa, transtornos ansiosos e em situações especiais como: depressão em idosos, adolescentes, depressão no ciclo gravídico puerperal, depressão secundária a doenças crônicas, como AIDS, além de outras indicações¹³⁻²¹.

Neste artigo, pretendemos, a partir do estudo da TIP em pacientes com depressão associada a doenças crônicas, como AIDS²¹, de estudos sobre atendimento psicossocial em

* Pós-Graduando em Saúde Mental, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Esquizofrenia (PROESQ), São Paulo, SP.

** Coordenador, PROESQ, UNIFESP, São Paulo, SP. Coordenador, Laboratório Interdisciplinar de Neuroimagem e Cognição (LINC), Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP.

*** Coordenador, Programa de Atendimento e Estudo das Vítimas de Violência e Estresse (PROVE), Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, SP.

indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia²²⁻²⁷ e da supervisão em grupo de três casos, desenvolver um modelo de uso da TIP como adjuvante no tratamento da depressão em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

A DEPRESSÃO NA ESQUIZOFRENIA

Sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia são descritos na literatura desde o início do século, nos relatos de Kraepelin¹. Inicialmente, os sintomas eram mais freqüentemente descritos na fase que se seguia ao episódio psicótico agudo e estavam relacionados a um melhor prognóstico¹. Acreditava-se que esta “fase depressiva” que surgia após um episódio psicótico seria um momento propício para intervenções psicoterápicas. Diversas formulações psicodinâmicas para explicar a depressão pós-psicótica foram formuladas. Bressan¹ destaca as principais:

- reação à psicose com grande abalo da auto-estima: caracterizada por luto, por perda dos mecanismos simbióticos que, apesar de inadequados, eram formas confortáveis para lidar com os outros;
- reação sintomática perante a necessidade de mudança no sentido da individuação, levando o indivíduo a se tornar mais responsável pela sua própria vida;
- entrada na posição depressiva que permitiria uma experiência singular de crescimento.

A partir da década de 70, constatou-se que os sintomas depressivos não estariam restritos ao período pós-psicótico, podendo ocorrer em qualquer fase da doença^{3,28,29}. Muitas vezes, a sintomatologia depressiva ocorre na fase aguda da doença e melhora após remissão do quadro psicótico agudo^{1,28,30}.

Estudos epidemiológicos encontraram freqüência elevada de sintomas depressivos em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com quadro clínico estável¹. Outros estudos mostram que os sintomas depressivos estão entre os sintomas prodrômicos mais freqüentes¹.

A idéia de que sintomas depressivos estariam ligados a um melhor prognóstico perdeu força, e alguns trabalhos confirmaram o contrário, como hospitalizações mais longas³¹, pior resposta à medicação³², pior desempenho social³¹, tendência à cronicidade³¹, maiores taxas de recaídas^{33,34} e maiores taxas de suicídio^{4,33,34}.

O suicídio ocorre em 2 a 13% dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, sendo este risco 10 a 20 vezes maior que na população geral. O risco é maior em pacientes jovens do sexo masculino^{28,35}.

O quadro clínico da depressão na esquizofrenia é heterogêneo³. Para realizar o tratamento, o clínico deve identificar que tipo de sintoma depressivo acomete o paciente.

Bressan¹ divide os sintomas em dois grupos:

1. Sintomas depressivos com sintomas psicóticos agudos:

A sintomatologia depressiva ocorre intrínseca ao episódio psicótico agudo e deve ser tratada com antipsicóticos¹.

2. Sintomas depressivos sem sintomas psicóticos agudos:

a) Disforia aguda

Os quadros disfóricos muitas vezes podem indicar um pródromo psicótico e devem ser acompanhados de perto, com orientação às famílias, visando redução de eventuais estressores psicossociais. Muitas vezes, é necessário incremento da dosagem de medicação antipsicótica ou troca da medicação^{1,3}.

b) Síndrome depressiva secundária

Os episódios de depressão secundária devem ser tratados com uso de antidepressivos. Nesta fase, é importante estar atento a possíveis interações medicamentosas entre antidepressivos e antipsicóticos. Nestes casos, o uso da psicoterapia é indicado por muitos autores⁴.

c) Desmoralização crônica

Na desmoralização crônica, o quadro depressivo é leve; no entanto, devido à desesperança, muitas vezes evoluem para o suicídio. Estes pacientes respondem mal à terapêutica antidepressiva e melhor às intervenções psicossociais, dentre elas a psicoterapia¹.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com sintomas depressivos secundários a fatores orgânicos (efeitos colaterais dos medicamentos, transtornos relacionados a substâncias e outras causas orgânicas), outros sintomas da esquizofrenia (sintomas negativos e sintomas inespecíficos) e sintomas depressivos em outros diagnósticos (transtorno esquizoafetivo e outros transtornos psicóticos)¹.

A PSICOTERAPIA INTERPESSOAL

A TIP tem sido utilizada em vários ensaios clínicos para o tratamento da depressão, com eficácia comprovada, principalmente quando associada à farmacoterapia^{12-21,36,37}. Foi desenvolvida por Klerman, Weissman e colaboradores no início da década de 70. Os autores utilizaram conceitos da escola interpessoal de Sullivan e Mayer, da psiquiatria social de Fromm-Reichmann e da teoria do apego, separação e perda de Bowlby^{5,6}. O pressuposto teórico é que dificuldades nas relações interpessoais presentes em indivíduos vulneráveis podem estar relacionadas ao desencadeamento ou agravamento de um episódio depressivo. A TIP é realizada em três fases:

a) Fase inicial (uma a três sessões)

Nesta fase, o terapeuta obtém a história clínica, conduz o inventário interpessoal, identifica a área interpessoal com problema (foco), atribui o papel de doente ao paciente e faz uma abordagem psicoeducativa da doença. O foco pode estar localizado dentro de uma ou mais de quatro principais áreas interpessoais com problema^{5,6}:

- Luto (perda): perda real de uma pessoa com significado.
- Transição de papéis: dificuldades em lidar com mudanças de vida.
- Disputas de papéis interpessoais: conflito em uma relação interpessoal.
- Déficit interpessoal: dificuldade em estabelecer relações íntimas e duradouras com outras pessoas^{5,6}.

b) Fase intermediária (quatro a oito sessões)

O foco estabelecido é trabalhado através de técnicas específicas⁵.

c) Fase final (uma a três sessões)

O terapeuta auxilia o paciente a reconhecer os ganhos, antecipar sintomas depressivos e identificar possíveis focos interpessoais problemáticos, caso venham a surgir no futuro, e dá suporte ao paciente em relação ao senso de independência em relação à terapia.

RAZÕES PARA UTILIZAR TIP EM PACIENTES DEPRIMIDOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

A comprovada eficácia clínica da TIP no tratamento da depressão^{12-21,36}, assim como sua

eficácia no tratamento de depressão secundária a doenças clínicas crônicas, como AIDS²¹, fazem-nos pensar que possa ser útil também neste grupo particular de pacientes.

Pacientes portadores de esquizofrenia estão sujeitos a ter problemas em quase todos os focos interpessoais.

Estes pacientes têm dificuldades com **transição de papéis**, observadas em situações como mudança de cidade e país, desligamento e mudança de emprego, diminuição de status social e mudanças nas normas familiares. Frequentemente, não se adaptam a estas mudanças necessárias, desencadeando episódios psicóticos ou depressivos²³⁻²⁶.

As **disputas de papéis** também são frequentes, influenciadas pelos sintomas psicóticos, pela aceitação da família em relação ao paciente doente e pelos conturbados relacionamentos interpessoais a que estão expostos, muitas vezes caracterizados por dependência e hostilidade mútuas. Famílias com índices elevados de emoções expressas podem contribuir para uma pior evolução da doença²³⁻²⁵.

Normalmente, são pacientes com dificuldades em lidar com o **luto** ou com a possibilidade de luto de pessoas e de familiares com que estabeleçam uma relação afetiva ou de dependência e simbiose, muitas vezes evoluindo para suicídio^{38,39}.

Em geral, são pacientes que apresentam pelo menos algum grau de **déficit interpessoal**, ou seja, dificuldade de estabelecer relacionamentos afetivos; em geral, são socialmente mais isolados^{1,25,29}.

A psicoterapia pode criar situações que propiciem a adequação no modo de se relacionar com os outros. Esta alteração relacional também está relacionada a alterações nas atividades cerebrais^{10,11,40}.

ADAPTAÇÃO DA TIP PARA PACIENTES DEPRIMIDOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Baseados no estudo com casos-piloto (descritos a seguir), desenvolvemos um modelo de abordagem através da TIP para estes pacientes; para isso, levamos em conta estudos em que a TIP foi adaptada para tratar depressões secundárias a condições clínicas crônicas, além de adaptações na postura do terapeuta para o tratamento psicoterápico de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia propostas por Gabbard²² (tabela 1).

Tabela 1 - Princípios e técnicas na psicoterapia de pacientes com esquizofrenia²³

1. O principal foco deve ser sobre a formação de uma relação.
2. O terapeuta deve manter uma postura flexível em relação à forma e ao conteúdo da psicoterapia.
3. Para que a psicoterapia prossiga, terapeutas e pacientes devem encontrar e manter uma postura ótima.
4. O terapeuta deve criar um ambiente acolhedor.
5. O terapeuta deve servir de "continente" para o paciente.
6. O terapeuta deve servir como um ego auxiliar para o paciente.
7. O terapeuta deve ser genuíno e aberto com o paciente.
8. O terapeuta deve postergar a interpretação até que a aliança terapêutica esteja consolidada.
9. O terapeuta deve manter o respeito pela necessidade do paciente de estar doente.

A partir do estudo destes casos-piloto, observamos a importância de incluir uma quinta área de foco interpessoal de trabalho psicoterápico: a **percepção da perda do self saudável**. Esse foco estaria ligado à percepção do paciente de ser portador de uma doença crônica, que pode levar a uma evolução desfavorável, possível perda de autonomia, necessidade do uso de medicação por tempo indeterminado, além de limitações sociais afetivas e profissionais, relacionadas ao que foi descrito como desmoralização crônica.

Durante o processo de psicoterapia, alguns objetivos devem ser alcançados:

- Auxiliar o paciente a reconhecer os múltiplos eventos de vida (focos interpessoais) a que está sujeito e identificar aquele que aparenta ser mais evidente e que possa ter relação com o episódio depressivo atual. Estes pacientes tendem a apresentar mais de um foco e, em geral, apresentam também déficits interpessoais. Optamos por trabalhar inicialmente os outros focos, já que o trabalho com o déficit interpessoal pode ser mais difícil e duradouro e está muito relacionado a fatores da própria esquizofrenia, muitas vezes se confundindo com sintomas deficitários.
- Ensinar ao paciente os pressupostos da TIP, onde o terapeuta explica que pode haver uma ligação entre o humor depressivo e as dificuldades interpessoais. O terapeuta define a depressão como uma doença, esclarecendo para o paciente que ele sofre de duas condições médicas diferentes, que uma delas pode ser física

e transitória, e que o trabalho focado em uma área interpessoal problemática pode tratar a depressão, o que fará com que a condição crônica evolua melhor.

- Estender a abordagem psicoeducativa das primeiras sessões para as duas condições, tanto depressão quanto esquizofrenia, e para a associação dos dois quadros.
- Parte dos pacientes possui relações quase que exclusivas com seus cuidadores, muitas vezes simbióticas. A idéia de perda desses cuidadores pode ser um foco de trabalho da TIP, como se fosse uma antecipação do luto. Neste caso, o trabalho do terapeuta é auxiliar o paciente a expressar afetos relacionados a esta situação e a estabelecer novas formas de cuidado, seja autocuidado ou auxiliando na aproximação e aceitação de novos cuidadores. O terapeuta também fornece suporte e continência frente ao eventual luto (perda). Algo semelhante pode acontecer com uma antecipação de uma transição de papéis, como quando da necessidade de aposentadoria, mudança de domicílio ou de médico.
- Disputas interpessoais são freqüentes e, muitas vezes, podem estar relacionadas a transgressões de regras sociais cometidas pelo próprio paciente. A identificação dessas regras, os sentimentos a elas relacionados, as conseqüências do comportamento transgressor na permanência de uma relação interpessoal tensa e sua relação com o atual quadro depressivo podem

ser clarificados. Auxiliar o paciente a expressar de forma mais apropriada sentimentos como raiva e descontentamento pode contribuir para a diminuição dos atritos interpessoais. Muitas vezes, quando se está trabalhando um foco de disputa dentro da família, é necessário ajudar o paciente a conversar com o(s) familiar(es). Para isso, algumas sessões em conjunto podem ser realizadas.

- Os pacientes apresentam muitas dificuldades com transição de papéis; neste caso, o terapeuta deve estimular o paciente a expressar sentimentos e pensamentos em relação aos aspectos negativos da transição e encorajá-lo a reconhecer possibilidades positivas.
- O terapeuta interpessoal deve se preparar para descontinuidades do tratamento, em decorrência de reagudização do quadro psicótico, eventuais internações e dificuldades de seguimento. Nestes casos, o contato telefônico ou visita domiciliar/hospitalar, desde que previamente autorizados pelo paciente no contrato psicoterápico, são úteis e necessários.

Relato de caso 1: foco em uma transição de papéis

R., sexo masculino, 17 anos, solteiro, apresentou primeiro episódio psicótico após longo período de uso abusivo de múltiplas substâncias: maconha, álcool, cocaína e *crack*. Evoluiu com sintomatologia delirante alucinatória (sentia-se perseguido ao sair de casa, escutava vozes que comentavam suas atitudes e o criticavam), tinha queixas dismórficas corporais (sentia os braços mais curtos e desproporcionais, além de formigamentos que migravam pelo corpo) e alterações de comportamento (agitado, inquieto, trancava-se em casa). O paciente permaneceu sintomático mesmo após 4 meses de abstinência das drogas de abuso. Iniciou tratamento com risperidona 4 mg/dia, substituída após 4 semanas por quetiapina 300 mg/dia, devido à importante sintomatologia extrapiramidal. Após 3 semanas de tratamento, começou a apresentar melhora clínica significativa, passando a apresentar comportamento organizado, remissão do quadro delirante alucinatório, mas com persistência de queixas dismórficas corporais. Depois de 2 meses, passou a relatar queixas de

desânimo, fadiga aumentada, tendência ao isolamento, ideação pessimista em relação ao futuro. Foi feito diagnóstico de depressão (escore de 14 pontos na escala de avaliação de sintomas depressivos em pacientes esquizofrênicos de Calgary – ECDE)³. Foi instituído o uso de fluoxetina 40 mg/dia. Após 4 semanas de tratamento, apresentava melhora discreta (ECDE = 11). Optamos por indicar TIP.

Sessões iniciais (primeira à terceira sessão)

Após investigação interpessoal, o paciente contou que estava muito sozinho, e que a necessidade de abstinência das drogas o fez se afastar de suas atividades e dos amigos, além de perder certo status no bairro. Passou a dizer que se sentia sem lugar e que, na região em que morava, quem não era usuário de drogas era freqüentador de igrejas evangélicas, situação esta à qual não se adaptou. Observamos que a necessidade de mudança de grupo social imposta pela necessidade de se afastar do uso de substâncias psicoativas criou uma situação de isolamento, e que esta dificuldade de constituir uma nova rede social poderia estar relacionada ao surgimento do episódio depressivo. O paciente esteve de acordo com o foco de trabalho proposto.

Sessões intermediárias (quarta à 10ª sessão)

Inicialmente, fizemos uma avaliação do antigo papel (popular no bairro por causa do uso de drogas) e de sua importância para o paciente. Em geral, pacientes com dificuldades de transição de papéis tendem a valorizar os aspectos positivos do antigo papel. R. acreditava que, no grupo antigo, era bem-vindo, quase idolatrado, fato que não ocorria em sua casa e na escola, onde normalmente não conseguia a atenção que desejava. Acreditava que os amigos e as atividades a estes relacionados (futebol, pipas e pichação de muros) não poderiam ser substituídos. R. tendia a minimizar eventuais aspectos negativos, como os freqüentes problemas com a polícia, as dificuldades em conseguir as drogas e as freqüentes brigas dentro do próprio grupo. Durante o processo, R. pôde clarificar melhor as perdas relacionadas à transição, passando a apresentar uma visão mais realista da antiga condição. Posteriormente, foi facilitada a expressão de afetos pelo paciente, principalmente o medo de ficar só, a culpa e o desapontamento relacionados ao fato de ter adoecido e as limitações por isso impostas.

Nas sessões seguintes, começamos a avaliar aspectos positivos e negativos em relação ao novo papel e a desenvolver uma melhor rede social de suporte. R. percebeu que a volta à escola (que havia abandonado) e a possibilidade de começar a trabalhar poderiam contribuir para sua readaptação. Conseguiu, junto com o tio, um emprego em uma barraca de camelô, onde trabalhava à tarde e aos sábados. Durante este processo, também discuti formas de se reaproximar dos pais e conseguiu se desculpar de inúmeros episódios de enfrentamento com relação a eles. Em uma sessão conjunta, o pai também conseguiu admitir a falta de espaço para R. manifestar dificuldades que encontrava no relacionamento com o mesmo. Nas últimas sessões, conseguia planejar aspectos positivos em relação ao novo papel. Em uma das sessões, contou sobre a reaproximação de um dos amigos do antigo grupo. Percebeu que poderia manter uma amizade, mas que esta não poderia estar relacionada a antigas atividades de lazer.

Sessões finais (11ª e 12ª sessões)

Durante as sessões finais, consolidamos a relação da importância na dificuldade de transição de papéis com o início da depressão e uma progressiva melhora com o trabalho sobre este foco. Observamos e ressaltamos a melhora sintomática (ECDE = 2) e a rede social que começava a se estabelecer. Discutimos sobre a possibilidade de um novo episódio depressivo e como lidar com os sintomas iniciais.

Após o tratamento psicoterápico, a fluoxetina foi reduzida para 20 mg/dia e, 1 mês depois, suspensa. Após 6 meses de seguimento, R. não apresentava sintomas depressivos (ECDE = 0).

Relato de caso 2: foco no luto

Sessões iniciais (primeira à terceira sessão)

M., sexo masculino, 39 anos, solteiro, aposentado devido à condição clínica. Em tratamento devido à esquizofrenia paranóide desde os 19 anos. Estava em uso de olanzapina 10 mg/dia e acompanhamento clínico mensal, passou a apresentar queixas de desânimo, menos-valia, tendência ao isolamento, choro fácil e sono fragmentado. Negava ideação suicida. Diagnosticado episódio depressivo moderado. Apresentava escores iniciais na ECDE de 15 pontos e 26 pontos na escala de Hamilton - 17 itens (HAM-D-17)⁴¹. Iniciou uso

de citalopram 20 mg/dia, apresentando alguma melhora clínica após 30 dias, no entanto, com persistência de sintomatologia depressiva. Naquele momento, apresentava escore de nove pontos na ECDE e 19 na HAM-D-17. Optamos por realizar TIP como adjuvante ao tratamento antidepressivo. Explicamos os fundamentos deste tipo de psicoterapia, discutimos sobre o diagnóstico de depressão e a necessidade de um tratamento adequado.

Durante as consultas, o paciente conseguiu relacionar o estado depressivo atual com a piora do estado clínico da mãe, que há 1 ano estava em tratamento de leucemia. Esta piora coincidiu com a internação da mesma em uma unidade de terapia intensiva, com real possibilidade de morte. Optamos por estabelecer o foco na ameaça de perda.

Sessões intermediárias (quarta à oitava sessão)

Em toda a evolução da doença, desde os 19 anos, M. se afastou das pessoas; abandonou a faculdade de engenharia e passou a viver uma rotina retraída. Morava com pai e mãe em uma casa espaçosa, onde tinha poucas obrigações, como cuidar do cachorro. Durante esse período, foi internado duas vezes devido a episódios psicóticos, caracterizados por sintomas delirante-alucinatórios e importante agitação psicomotora. Acredita que essas internações tenham contribuído ainda mais para o isolamento social em que vivia, e que, por tudo isso, aproximou-se muito da mãe. Durante todo esse período, a mãe era responsável por auxiliá-lo, levá-lo aos médicos, administrar medicações, cozinhar, dentre outras coisas. Parte do sustento da família vinha da aposentadoria da mãe.

Nas sessões intermediárias, M. descreveu como era sua mãe, qual o papel dela na família e o que faziam juntos. Nas sessões seguintes, exploramos o que aconteceria com a perda. M. acreditava que não conseguiria se cuidar e imaginava, por ser distante do pai, que pouco participava do tratamento, que ficaria sozinho no mundo e que, no caso de ficar doente, poderia ser internado em um hospital psiquiátrico para sempre.

Facilitamos a expressão de afetos como medo, insegurança e até raiva por sua mãe o estar abandonando. Reconhecia que muito da insegurança de cuidar de si próprio se relacionava aos cuidados excessivos e muitas vezes ansiosos da mãe.

Nesta fase, a mãe de M. faleceu. Com isso, seu pai começou a acompanhá-lo até as

consultas, o que o paciente acreditava ser impossível. Este fato o fez perceber que o pai poderia auxiliá-lo, e que a sua pouca participação no tratamento até então estava relacionada à ligação intensa com sua mãe. Foi encorajado a conversar com o pai sobre o assunto. Em casa, mudou de comportamento, assumindo algumas atividades que eram feitas pela mãe, como lavar o quintal e arrumar alguns cômodos da casa. Foi auxiliado a estabelecer interesses em outros relacionamentos, aproximou-se da irmã e aceitou participar de reuniões familiares, das quais há muito havia se afastado.

Sessões finais (nona à 12ª sessão)

No final do processo psicoterápico, M. estava praticamente assintomático (ECDE = 3). Valorizou a aproximação de seu pai e de sua irmã. Passou a acreditar que tinha mais condições de desenvolver auto-cuidado, e que isto, em grande parte, foi impedido pelo fato de a mãe oferecer um cuidado intenso e contínuo. Começou a passear no bairro com seu cachorro e, com o auxílio da irmã, com os cachorros dos vizinhos, o que rendia a ele um pequeno incremento financeiro no final do mês. Demonstrou certo receio com o fim da terapia. Novamente, foi encorajado a expressar este descontentamento. Retomou consultas clínicas mensais. Após 6 meses de tratamento com citalopram 20mg/dia, a medicação foi descontinuada, devido à remissão do quadro depressivo (ECDE = 0), permanecendo em uso da medicação antipsicótica.

Relato de caso 3: foco na percepção de perda do self saudável

Sessões iniciais (primeira à quarta sessão)

J., sexo feminino, 29 anos, oriental, solteira. Em tratamento devido à esquizofrenia paranóide há 6 anos. Apresentava episódios depressivos recorrentes e, em um deles, fez grave tentativa de suicídio, ingerindo diferentes medicações. Apresentava quadro clínico estável, em uso de olanzapina 10 mg/dia, quando começou a apresentar sonolência diurna, inapetência e escore de 11 pontos na ECDE, e descontinuou grupalmente ocupacional e curso de línguas, queixando-se freqüentemente de fadiga aumentada. Não apresentava ideação suicida, apesar de um certo pessimismo em relação ao futuro. Durante a avaliação interpessoal, relatou que mantinha boa relação familiar, boa rede social e não apresentava situações de disputa. Relacionava

o início do quadro depressivo com o fato de perceber as conseqüências da esquizofrenia em sua vida. Abandonou a faculdade, parou de trabalhar e há muitos anos não namorava. Fazia uso de medicações e se queixava de ganho de peso (aproximadamente 8 quilos nos últimos 6 meses). Relatava sentimento de incapacidade em assumir qualquer responsabilidade, devido a seu diagnóstico de esquizofrenia. Confirmava que tinha frustrado inúmeras expectativas que ela e seus familiares tinham. Nestas sessões, estabelecemos o foco na percepção das perdas provocadas pela doença.

Após breve trabalho psicoeducativo, já que a paciente possuía regular conhecimento sobre a patologia, iniciamos o trabalho focal.

J. solicitou não fazer uso de antidepressivos, já que tinha preocupação com possível ganho de peso. Ficou acordado com a equipe que, em caso de resposta insatisfatória ao tratamento psicoterápico, aceitaria o uso de medicação específica.

Sessões intermediárias (quinta à 10ª sessão)

Como nos casos de transição de papéis, facilitamos a expressão de afetos da paciente com relação às perdas provocadas pela doença. Demonstrava raiva de si, por não atingir os objetivos que traçava, vergonha dos familiares, que tinham enormes expectativas sobre ela, e descontentamento em relação ao fracasso dos tratamentos e à necessidade de utilizar medicações com efeitos colaterais indesejados, como ganho de peso. Conseguimos clarear o grau elevado de exigências a que ela se submetia, e que isso podia estar relacionado às constantes frustrações. Percebeu as limitações que a doença lhe impunha, mas concluiu que, em algumas circunstâncias, estas eram hipervalorizadas, como no caso de não fazer exercícios regularmente, o que prontamente se comprometeu a modificar. Durante esta fase, pediu que convidássemos seus familiares para explicar que suas expectativas também eram muito altas, e que os mesmos desvalorizavam suas tentativas de conseguir algum grau de independência. Em certa ocasião, impediram a paciente de iniciar um curso técnico, por acreditarem que ela não conseguiria concluir.

Passamos a explorar alternativas para as experiências fracassadas. Pensou em trabalhar em sua casa, já que sabia que dificilmente conseguiria um emprego registrado. Refez um curso de massagem rápida e passou a oferecer seus serviços. Retomou o curso de japonês e

começou a estudar para prestar vestibular em letras. Não tinha desejo de trabalhar, mas, sim, aprofundar estudos em línguas. Em sessões finais, retomou o mesmo discurso, mas já pensando em ser professora particular. Ela mesma percebeu que novamente poderia estar criando uma expectativa muito alta para as suas possibilidades.

Sessões finais (11ª e 12ª sessões)

J. conseguiu aceitar o tratamento medicamentoso e iniciou atividade física regular. Andava em um parque próximo à sua casa três vezes por semana, sendo em duas delas acompanhada pela irmã. Reconheceu os ganhos por ter uma percepção mais realista dos prejuízos provocados pela doença. Reconheceu que, outras vezes, estivera deprimida pelos mesmos mecanismos. Optamos por consultas mensais centradas no mesmo foco, visando consolidar os ganhos e avaliar a percepção sobre expectativas sobrevalorizadas, tanto dela quanto de outros membros da família. Após 12 semanas com sessões semanais, apresentava importante melhora interpessoal e sintomática (ECDE = 3).

DISCUSSÃO

Relatamos três casos tratados com TIP adaptada para pacientes deprimidos com diagnóstico de esquizofrenia, que obtiveram sucesso terapêutico, avaliados através da ECDE.

A TIP parece ser útil como tratamento associado da depressão em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Estes pacientes são vulneráveis a desenvolver problemas em diferentes áreas interpessoais, o que pode estar relacionado ao desencadeamento ou manutenção de um episódio depressivo. Neste estudo de três casos, foi possível estabelecer o foco interpessoal. O trabalho focal, segundo pressupostos da TIP, possibilitou manejo clínico em relação à situação interpessoal problemática. Os pacientes apresentaram melhora importante da sintomatologia depressiva, fato que não deve ser atribuído apenas ao uso de antidepressivos, já que, nos casos 1 e 2, os pacientes receberam doses adequadas de antidepressivos, por tempo suficiente e com melhora clínica parcial, e, no caso 3, a paciente não fez uso de antidepressivos. Todos os pacientes submetidos à TIP estavam estáveis em relação a sintomas produtivos da esquizofrenia.

A esquizofrenia é um transtorno mental

crônico e grave, com repercussões afetivas e cognitivas, que levam o indivíduo a ter prejuízos nas relações sociais²⁹, em parte provocados por sua inabilidade de comunicação social. A manifestação de sintomas depressivos não é incomum nestes pacientes, e o ambiente social deve contribuir para o surgimento deste tipo de sintoma²⁵.

A abordagem interpessoal parece ser particularmente útil nestes casos, pois, além de agir como um fator desencadeante ou de manutenção dos sintomas depressivos – os conflitos no relacionamento interpessoal –, é bastante prática e de simples compreensão para o portador de esquizofrenia, que, em virtude das limitações impostas pela doença, apresenta dificuldades de comunicação, sejam de compreensão ou de expressão^{38,39,42}.

A abordagem psicoterápica facilita a instituição de uma melhor aliança terapêutica²². O fato da TIP trabalhar com o diagnóstico, medicação e educação também melhora a adesão ao tratamento como um todo⁶. A abordagem no foco e na visão do “aqui-agora” facilita a ação nos comportamentos patológicos que levam à disfunção relacional, por meio de um trabalho ativo e diretivo do terapeuta, que não usa de interpretações que podem ser de difícil compreensão para estes pacientes tão gravemente acometidos⁵.

Acreditamos que a soma destas características possa explicar, em parte, o resultado nestes pacientes, porém, existem muitas limitações em nosso estudo que devem ser realçadas. Trata-se de um relato de três casos somente. Estamos trabalhando com pacientes com diagnóstico de transtorno esquizofrênico, porém, pacientes pouco comprometidos, comparados com a média dos pacientes atendidos com o mesmo diagnóstico e que estavam estáveis em relação à esquizofrenia. Estamos avaliando a ação nos sintomas depressivos, e não em sintomas positivos ou negativos da esquizofrenia. O uso da TIP na fase aguda da doença, principalmente quando o paciente apresenta sintomas delirante-alucinatórios, pode ser contraindicado, já que a facilitação da expressão de afetos (técnica da TIP) pode contribuir para o agravamento dos sintomas psicóticos⁴².

O sucesso da compreensão biológica da esquizofrenia levou a uma diminuição nas pesquisas com psicoterapia nesta área⁴²; no entanto, sabemos que portadores de doenças crônicas têm sua vida psicológica afetada e possuem dificuldades em lidar com ela. O modelo proposto deve ser colocado em prova,

com relação à sua aplicabilidade e eficácia, por meio de estudos clínicos controlados e randomizados.

REFERÊNCIAS

1. Bressan RA, Chaves AC, Shirakawa I. Depressão na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ, eds. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos; 1998. p. 119-34.
2. American Psychiatry Association. Practice guideline for the treatment of patient with schizophrenia. Arlington: American Press Association; 1997.
3. Bressan RA, Chaves AC, Shirakawa I, de Mari J. Validity study of the Brazilian version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res.* 1998;32:41-9.
4. Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS, Swinson RP, Kennedy SH. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII. Comorbidity. *Can J Psychiatry.* 2001;46(Suppl 1):77S-90S.
5. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.
6. de Mello MF. Terapia interpessoal. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26:124-30.
7. Bressan RA. Depressão na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:27-30.
8. Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA, Sholomskas D, Padian N. Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38:51-5.
9. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:971-82; discussion 983.
10. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:641-8.
11. Brody AL, Saxena S, Stoessel P, Gillies LA, Fairbanks LA, Alborzian S, et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:631-40.
12. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;255:75-82.
13. Frank E, Grochocinski VJ, Spanier CA, Buysse DJ, Cherry CR, Houck PR, et al. Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:51-7.
14. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:573-9.
15. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:1039-45.
16. Swartz HA, Frank E, Shear MK, Thase ME, Fleming MA, Scott J. A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women. *Psychiatr Serv.* 2004;55:448-50.
17. Lenze EJ, Dew MA, Mazumdar S, Begley AE, Cornes C, Miller MD, et al. Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: effects on social adjustment. *Am J Psychiatry.* 2002;159:466-8.
18. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA.* 1999;281:39-45.
19. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:577-84.
20. Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1814-6.
21. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:452-7.
22. Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica.* Porto Alegre: Artmed; 1998.
23. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry.* 1972;121:241-58.
24. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1982;141:121-34.
25. Mari JJ, Turecki G, Streiner D. Intervenções familiares e recaídas na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ, eds. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos; 1998. p. 197-220.
26. DeJong A, Giel R, Slooff CJ, Wiersma D. Relationship between symptomatology and social disability. Empirical evidence from a follow-up study of schizophrenic patients. *Soc Psychiatry.* 1986;21:200-5.
27. Salokangas RK. Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1983;142:145-51.
28. 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.
29. Chaves AC, Mari JJ, Shirakawa I. Gênero, sintomas e desempenho social na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ, eds. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos; 1998. p. 103-18.
30. Knights A, Hirsch SR. "Revealed" depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38:806-11.
31. Johnson DA. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1981;139:89-101.
32. Himmelhoch JM, Fuchs CZ, May SJ, Symons BJ, Neil JF. When a schizoaffective diagnosis has meaning. *J Nerv Ment Dis.* 1981;169:277-82.
33. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry.* 1988;29:467-83.
34. Roy A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1982;39:1089-95.
35. Mortensen PB. Suicide among schizophrenic patients: occurrence and risk factors. *Clin Neuropharmacol.* 1995;18:S1-8.
36. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2000;48:593-604.
37. Thase ME, Buysse DJ, Frank E, Cherry CR, Cornes CL, Mallinger AG, et al. Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? The role of abnormal EEG sleep profiles. *Am J Psychiatry.* 1997;154:502-9.

38. Yang LH, Apfel RJ, Hofmann SG. Grief, psychosis, and panic intervention with a psychotic patient: integrating psychodynamic and cognitive-behavioral approaches. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10:100-8.
39. Lewis L. Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia. *Bull Menninger Clin*. 2004;68:231-44.
40. Sonenreich C, Estevão G, Altenfelder L. *Psiquiatria: proposta, notas e comentários*. São Paulo: Lemos; 1999.
41. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
42. Coursey RD. Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: the need for a new agenda. *Schizophr Bull*. 1989;15:349-53.

RESUMO

A psicoterapia interpessoal (TIP) é um tratamento por tempo limitado, desenvolvido para tratar a depressão e que ainda não foi estudado no tratamento de episódios depressivos em pacientes com esquizofrenia. Estes pacientes estão frequentemente submetidos a disputas interpessoais, perdas, transições de papéis e déficits nas relações interpessoais, o que está associado ao surgimento de episódios depressivos. Os autores propõem o uso da psicoterapia interpessoal, com adaptações, como adjuvante no tratamento da depressão em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, a partir do estudo de três casos clínicos.

Descritores: Depressão, esquizofrenia, psicoterapia, psicoterapia interpessoal

ABSTRACT

Interpersonal psychotherapy is a time-limited treatment that was developed to treat depression, however, it has not been fully studied for the treatment of depression in patients with schizophrenia yet. These patients are frequently involved in interpersonal role disputes, grief, role transitions and interpersonal deficits, associated with depressive episodes. The authors propose the use of interpersonal

psychotherapy with adaptations as an aid in the treatment of depression in patients with schizophrenia based on a study of three clinical cases.

Keywords: *Depression, schizophrenia, psychotherapy, interpersonal psychotherapy*

Title: *Interpersonal psychotherapy in the depression of patients with schizophrenia: proposal of a therapeutic model based on a study of three clinical cases*

RESUMEN

La psicoterapia interpersonal es un tratamiento por tiempo limitado, desarrollado para tratar la depresión y que todavía no ha sido estudiado en el tratamiento de los episodios depresivos en pacientes con esquizofrenia. Estos pacientes son frecuentemente sometidos a disputas interpersonales, pérdidas, transiciones de roles y déficit en las relaciones interpersonales, lo que está asociado al apareamiento de episodios depresivos. Los autores proponen la utilización de la psicoterapia interpersonal con adaptaciones como adyuvante en el tratamiento de la depresión en la esquizofrenia a partir del estudio de tres casos clínicos.

Palabras clave: *Depresión, esquizofrenia, psicoterapia, psicoterapia interpersonal*

Título: *La psicoterapia interpersonal en la depresión en pacientes con esquizofrenia: propuesta de un modelo terapéutico a partir del estudio de tres casos clínicos*

Correspondência:

Rua Alves Guimarães, 462/122

CEP 05410-000

São Paulo – SP

Fone: (11) 3088-1115

E-mail: fernandolacaz@hotmail.com

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS