

Artigo Original

Processo de alta e prevenção à recaída: um relato de caso em clínica psicológica

Discharge and relapse prevention: a case report in psychology clinic

 <http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.16.15>

Carolina Domingues Segalla^{1}, Carla Bicca¹*

Resumo: O presente trabalho apresenta o relato de uma experiência de atendimento na prática de estágio em psicologia clínica na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental, no ambulatório do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O objetivo deste artigo é descrever o processo de alta com uma paciente é atendida pelo serviço. A finalidade do estudo é exibir o desenvolvimento e progresso do tratamento na abordagem utilizada, promovendo uma melhor compreensão sobre a etapa de alta. Para isso, foi feita uma revisão teórica, onde foram discutidos temas como o processo de alta, prevenção à recaída e Terapia Cognitivo-Comportamental. Por meio de relatos de atendimento, foram exemplificadas as teorias e práticas envolvidas no processo descrito.

Palavras-chave: Processo de alta; Cognitivo-Comportamental; TCC; Prevenção à recaída

Abstract: The present paper presents a report of a case assisted in the practice of a clinical psychology internship of Cognitive-Behavioral Therapy in the Outpatient Center for Studies and Research in Trauma and Stress (CSRTS) of the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. The aim of this article is to describe the termination process with a patient assisted by the service mentioned. The purpose of the study is to show the development and progress of the treatment approach used in promoting a better understanding of the termination. For this, the methodology chosen was a theoretical review, where issues such as termination, relapse prevention and cognitive-behavioral therapy were discussed. Through vignettes of the case report, were exemplified the theories and practices involved in the process described.

Keywords: Termination; Cognitive-Behavioral; CBT; Relapse prevention

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

***Endereço de correspondência:** Av. Neusa Goulart Brizola, 600/705. Porto Alegre-RS, Brasil. CEP 90460-230

E-mail: carolinadominguessegalla@gmail.com

Submetido em: 25/09/2015

Aceito em: 23/03/2016

INTRODUÇÃO

O término de tratamento na Terapia Cognitivo-Comportamental

O principal objetivo do tratamento na abordagem Cognitivo-Comportamental é a remissão da sintomatologia atualmente presente no paciente, além de auxiliá-lo no aprendizado, treinamento e prática de novas habilidades e técnicas que poderá utilizar durante sua vida¹. Desta forma, a pessoa poderá continuar empregando-as após o término do processo de psicoterapia, de maneira que mantenha as modificações e os progressos alcançados durante o mesmo e que permitam que ela lide mais eficazmente com próximos obstáculos cotidianos².

Faz-se necessária a colocação destes objetivos de modo que o paciente compreenda, expondo que a terapia possui um planejamento de tratamento com tempo limitado, além de desmistificar a posição do terapeuta como único atuante e trazendo cada vez mais a participação ativa do paciente. Após o paciente ter adquirido conhecimento acerca da importância da realização dos exercícios e sua utilização, ter tido a oportunidade de consolidar suas habilidades, conseguir lidar com os problemas de sua vida sozinho e ter diminuição dos sintomas, poderá se pensar e planejar o processo de alta da psicoterapia¹.

Discussão acerca do término do tratamento

O diálogo sobre o processo de alta e prevenção à recaída é abordado desde o princípio, quando é colocado que um dos objetivos do tratamento é a sua curta duração, fazendo com que o paciente acabe por se tornar, a partir do treinamento das habilidades ensinadas, o seu próprio terapeuta. É feita a psicoeducação acerca de possíveis retrocessos durante a psicoterapia, assim como após o término, juntamente com o reforço de seu progresso e capacitação para a resolução de futuros problemas¹.

Ao se aproximar o final do tratamento, é debatida em sessão a redução da frequência da terapia, podendo inicialmente servir como experimento, de forma que o paciente possa monitorar suas cognições a respeito do espaçamento. É possível que haja algum grau de ansiedade com esta nova combinação, o que exige manejo e emprego de técnicas por parte do terapeuta para responder aos pensamentos e às preocupações trazidas. A cada sessão, a frequência é discutida e novos ajustes podem ser feitos colaborativamente¹.

Prevenção à recaída

A retomada de algum comportamento sintomático posterior à remissão do mesmo é chamada de recaída, ação apontada como muito frequente após a extinção da conduta. A prevenção à recaída, baseada no modelo cognitivo-comportamental da recaída, propõe estratégias e intervenções a fim de prevenir lapsos iniciais e ensinar as habilidades necessárias para quando uma pessoa passa por uma situação recidiva^{3,4}. Nas sessões que se aproximam do término do tratamento, então, o terapeuta e o paciente identificam e avaliam os ganhos que ocorreram no processo de psicoterapia, bem como atuam para prevenir que os sintomas retornem⁵. Desta forma, o objetivo principal da abordagem é auxiliar o paciente a identificar situações pessoais de alto risco e ensiná-lo estratégias de *coping* para que o mesmo use em tais situações.

Primeiramente, há o trabalho em cima do modelo cognitivo-comportamental da recaída no que diz respeito à identificação de situações que propiciariam risco ao sujeito que estivesse no processo de redução ou remissão de uma conduta disfuncional. Uma situação de risco pode ser relacionada a locais, pensamentos, experiências, ou emoções que facilitem o lapso do comportamento anteriormente extinto⁶. Dessa forma, foi elaborada por Marlatt e equipe uma taxonomia de situações de alto risco, baseada numa hierarquia dividida em

três categorias utilizadas na classificação dos episódios de recaída^{7,8}.

O primeiro nível hierárquico da taxonomia citada seria relacionado à distinção entre os precipitantes para a recaída. Marlatt e colegas encontraram diferentes tipos de determinantes dentro da temática da recaída, divididos em dois agrupamentos: determinantes intrapessoais e determinantes interpessoais, sendo os intrapessoais ou ambientais relacionados às variáveis pessoais ou contextuais, como fatores cognitivos, e os interpessoais acerca do contexto social no qual o indivíduo se encontra^{9,10,11,12}. O segundo nível compreende oito subdivisões, cinco delas pertencendo à categoria de precipitantes intrapessoais (*coping* em estados emocionais negativos, *coping* em estados físico-psicológicos negativos, aprimoramento de estados emocionais positivos, teste do controle pessoal, e ceder à impulsos e tentações; e três delas equivalendo à categoria interpessoal (*coping* em conflitos interpessoais, pressão social, e aprimoramento de estados emocionais positivos). O terceiro nível da taxonomia proposta por Marlatt e equipe^{7,8} fornece uma investigação mais detalhada de alguns dos itens propostos no nível dois.

Atividades relacionadas ao término de tratamento e à prevenção à recaída

De forma a facilitar a prevenção de recaídas, o terapeuta lança mão de certas técnicas do início ao fim do tratamento, com o objetivo do ensinamento, reforço e manutenção de habilidades. Assim, é proposto que tais estratégias sejam explicadas ao paciente, e que ele procure praticá-las no seu cotidiano, a fim de ter a oportunidade de testá-las e fortalecê-las¹.

Dentre as atividades realizadas, é de grande importância, desde o planejamento do tratamento, uma clara e informativa conceituação cognitiva do caso, numa tentativa de esquematizar e ilustrar o

funcionamento do sujeito. Com tal esquematização, é possível que tanto o terapeuta quanto o paciente possam, juntamente, compreender o andamento da terapia e a aplicação das mais variadas técnicas e tarefas¹³.

Além das atividades mencionadas, é possível o emprego de diferentes técnicas com o objetivo de reforço das habilidades. como: lista de méritos, cartões de enfrentamento, balança decisional, *brainstorm* para a resolução de problemas, técnicas de relaxamento. Faz-se também imprescindível o preparo para possíveis recidivas que o paciente possa vir a ter durante ou após o término do tratamento, de maneira que o paciente consiga lidar de maneira saudável com sintomas depressivos ou situações conflituosas e não tenha uma recaída. É indicado que seja discutida a possibilidade de um plano de autoterapia para quando o paciente recebe a alta, expondo a ele a importância e os benefícios da prática contínua. A execução acarreta a manutenção das habilidades aprendidas durante o processo de psicoterapia, a possibilidade de resolver dificuldades e também a prevenção à recaída¹.

Dessa forma, o presente trabalho foi produzido a partir do processo de atendimento em psicoterapia com uma paciente de catorze anos no ambulatório do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE), o qual se encontra na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS. Objetivou-se abordar e ilustrar o tema processo de alta na Terapia Cognitivo-Comportamental, juntamente com a prevenção à recaída da sintomatologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para todas as etapas envolvidas na realização do trabalho em questão, as considerações éticas seguiram o estabelecido na Resolução 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), e envolveram a submissão deste projeto à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Durante a apresentação da pesquisa, bem como esclarecimento do processo de psicoterapia, fora fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ao responsável da paciente, por ela ser menor de idade, bem como um termo de assentimento para a mesma.

Os atendimentos foram realizados no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da PUCRS (SAPP), local que aceitou formalmente em colaborar com a pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE). O serviço tem como princípio a atualização sobre o tema estresse e trauma e assuntos relacionados por meio de pesquisa, e atendimento e acompanhamento especializado para pessoas vítimas de algum evento traumático que resulte em atual sofrimento psíquico.

O trabalho da Psicologia com a paciente em questão foi realizada em diversas etapas desde o encaminhamento da mesma para o serviço. Inicialmente, foram feitas avaliações clínica e neuropsicológica com a paciente, procedimento padrão para a compreensão e conceituação do caso para o planejamento de um plano de tratamento adequado e eficaz. Após a decisão da permanência da paciente no NEPTE, fora estabelecido que a mesma seria atendida em processo de psicoterapia na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), do qual aconteceu o processo de alta, principal tema discutido neste trabalho. Os dados de identificação foram alterados com o intuito de preservar a paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente: Karina (13 anos)

Karina é encaminhada ao NEPTE aos 11 anos, onde realiza entrevistas de avaliação clínica com o intuito de obter uma melhor compreensão e conceitualização do caso. A paciente relata diversos eventos potencialmente estressores durante sua existência, como *bullying* recorrente da parte dos colegas de escola, círculo social limitado, ambiente familiar invalidante e mãe portadora de doença autoimune crônica. Tais fatores foram percebidos como de intenso sofrimento psíquico para Karina, de forma que tenham motivado Karina a realizar uma tentativa de suicídio e episódios de automutilação.

Os instrumentos aplicados em Karina evidenciaram sintomatologia de depressão (falta de energia, tristeza, timidez) (Child Depression Inventory^{15,16,17}), ansiedade (crises de choro, medo, nervosismo, preocupações excessivas) e queixas somáticas (cansaço, vômito, dores de cabeça, dores de estômago, náuseas, pesadelos, tonturas) (Child Behavior Checklist¹⁸), que foram revisadas e listadas de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5¹⁴. Após a finalização do processo de avaliações e entendimento do caso, fica estipulado que a paciente iniciaria o processo de psicoterapia na abordagem cognitivo-comportamental estruturada, com o objetivo de redução/remissão dos presentes sintomas.

Karina permaneceu vinculada ao serviço, desde a avaliação até a finalização do processo psicoterápico, pelo período de dois anos. Sendo um caso que fora passado, a paciente foi atendida por três diferentes estagiários de psicologia no total, todos trabalhando na mesma abordagem com o amplo objetivo principal de remissão sintomatológica. Em sua terceira passagem para novo psicoterapeuta, após a revisão das metas a serem alcançadas e da lista do que já fora aprimorado durante o processo psicoterapêutico, foi observado que Karina já havia aprendido muitas habilidades que estavam a ajudando na resolução de

problemas, de forma que, com algumas sessões, a paciente estivesse exercendo o papel de própria terapeuta.

Término do tratamento no caso descrito

Colaborativamente, fora discutida a possibilidade do início a um processo de alta quando observada a remissão da sintomatologia de Karina. Desde o princípio da conversa, a paciente se apresentou motivada com o término da terapia, discursando sobre seus progressos desde que iniciara o tratamento e sobre as competências adquiridas durante o processo de psicoterapia. Assim sendo, foram realizadas diferentes atividades com o propósito de manter e aprimorar tais aptidões e para que a paciente pudesse visualizar, mais esclarecidamente, as metas já alcançadas. Fica evidenciada a discussão acerca deste processo no diálogo apresentado a seguir:

- “Karina, agora eu gostaria de conversar com você sobre o próximo item de nossa pauta, relacionado ao espaçamento das nossas sessões e às sessões de autoterapia, tudo bem?”
- Claro.
- Ok. Então eu queria discutir com você sobre o espaçamento das sessões, de modo que nos encontrássemos a cada quinze dias. Inicialmente, nossa combinação seria como um experimento, de modo que você poderia monitorar os seus pensamentos e avaliar os seus sentimentos em relação à isso, lembrando que podemos fazer novas combinações a cada nova sessão. O que você acha? Como se sente em relação à isso?”
- Olha, eu acho que pode ser! Estou bem motivada, na verdade. Como havíamos conversado, acho que eu estou lidando melhor com os meus problemas ultimamente, então não acredito que seria ruim espaçar as sessões.”

Neste fragmento da sessão, é proposto o tópico do espaçamento, para não haver qualquer dúvida sobre o

funcionamento ou o objetivo de tal combinação.

- “Introduzo, também, a questão das sessões de autoterapia, como já havia lhe explicado. Você se lembra sobre o que conversamos na sessão anterior?”
- Sim... bom, conversamos que eu faria as sessões de autoterapia enquanto ainda estivesse vinculada ao serviço, certo? Que você me mandaria o guia daquele livro pra que eu conseguisse fazer em casa as sessões e pegasse prática. Assim, continuaria aplicando o que aprendi durante esse tempo.
- Ótimo, isso mesmo. Te mandarei o guia para que facilite a realização deste novo plano. E iniciando as sessões de autoterapia enquanto você ainda estiver em tratamento aqui, você pode esclarecer qualquer dúvida comigo, além de se acostumar a fazê-las.”

É importante que as sessões de autoterapia sejam iniciadas concomitantemente com o espaçamento das sessões, de forma que o paciente possa esclarecer quaisquer dúvidas, além de aumentar a probabilidade que ele continue exercendo a autoterapia após o término do tratamento, reduzindo a facilidade de recaída⁽¹⁾.

- “E agora, sobre estas novas combinações que estamos fazendo, o que você pensa sobre elas?”
- Acho que elas vão ser boas pra mim. Afinal, já melhorei muito desde que cheguei e já atingi as minhas metas da terapia.
- Verdade, você teve um progresso significativo desde que entrou em atendimento, e já tem conseguido solucionar muitos dos seus problemas efetivamente. O que você acha de pensarmos nas vantagens e nas desvantagens de você iniciares o espaçamento de sessões e a autoterapia, e também fazermos uma lista dos pontos que você obteve melhora desde o momento em que iniciou a psicoterapia?”

Karina mostrou-se principalmente motivada com os ajustes realizados para a entrada no processo de alta da terapia. As técnicas empregadas tiveram o objetivo de aumentar a auto eficácia da paciente, tendo

em vista que discutimos sobre seus progressos e méritos e também sobre a possibilidade de futuros retrocessos, além de reforçá-la acerca da importância do planejamento da autoterapia.

CONCLUSÕES

O estudo acerca do término do tratamento e a prevenção à recaída se faz indispensável no contexto clínico com pacientes que estejam passando pelo processo de alta da terapia na abordagem Cognitivo-Comportamental. As evidências disponíveis sugerem que o emprego de diferentes atividades e técnicas que tem como finalidade a manutenção das competências aprendidas durante a terapia e a prevenção à recaída se apresentam como efetivas no seu objetivo, de forma que o paciente mantenha o treinamento e prática e a redução da sintomatologia. É de extrema importância o entendimento, atualização e engajamento da parte do profissional, afim de que ele possua suporte teórico para que as suas intervenções se façam apropriadas para o planejamento e conceituação de um caso específico e suas técnicas sejam empregadas de maneira eficaz.

Coloca-se como imprescindível, desde o princípio do tratamento, uma conceituação de caso clara, a psico-educação e discussão sobre os objetivos da terapia efetivamente e a respeito dos possíveis retrocessos durante e após o término, bem como o domínio de técnicas e atividades que corroborem com o planejamento da prevenção à recaída e aperfeiçoamento e continuidade das aptidões do paciente⁽¹⁾. Tais atividades, intervenções e manejo se mostraram efetivos no processo de alta e na prevenção à recaída com a paciente mencionada, do mesmo modo que foram apresentados como o arranjo eficiente para o alcance do propósito principal do tratamento como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Beck JS. Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática. Porto Alegre. Artmed; 2013.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York. The Guilford Press; 1979.
3. Marlatt GA, George WH. Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*. 1984; 79: 261-273.
4. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention. New York. Guilford; 1985.
5. Powell VB, Abreu N, Oliveira IR, Sudak D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30(Supl II): 73-80.
6. Witkiewitz KA, Marlatt GA. Therapist's guide to evidence-based relapse prevention (Practical resources for the mental health professional). Academic Press; 2007.
7. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addictions*. 1996; 91: 37-S49.
8. Marlatt GA, Nathan PE. (Eds.). Behavioral approaches to alcoholism. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies; 1978.
9. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention: An overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral model. *Alcohol Health and Research World*. 1999; 23: 151-160.
10. Mackay PW, Marlatt GA. Maintaining sobriety: Stopping is starting. *International Journal of the Addictions*. 1990; 25: 1257-1276.

11. Marlatt GA. Situational determinants of relapse and skills-training interventions. In Marlatt, GA, Gordon, JR. (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York. Guilford Press. 1985; (1): 71-127.
12. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In Davidson, PO, Davidson, SM. (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York. Brunner/Mazel. 1980; 410-445.
13. Almeida AM de, Lotufo Neto F. Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003; 25(4): 239-244.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
15. Kovacs M. *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1992.
16. Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc; 2003.
17. Gouveia V, Barbosa G, Almeida H, Gaião A. Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995; 44: 345-349.
18. Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.