



RELATO DE CASO

Atendimento em psicoterapia dinâmica breve: relato de caso

Simone Salviano Alves^a

^a Graduada em Psicologia - UFPB (mestranda em Psicologia Social - UFPB) - João Pessoa - PB - Brasil.

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Resumo

Neste trabalho, é apresentado um caso de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) de início tardio, encaminhado para atendimento na área de psicoterapia dinâmica breve (PDB). O trabalho com o paciente se centrou nos aspectos relacionados ao evento estressor e às dificuldades acarretadas por ele, buscando minimizar os prejuízos do paciente e ajudá-lo a alcançar objetivos determinados. A análise deste caso veio a corroborar que pacientes com TEPT de início tardio também podem ser beneficiados com a PDB.

Palavras-chave: Transtornos de Estresse Pós-Traumático; Psicoterapia Breve; Psicoterapia.

Abstract

This work It is a case of Disorder Post Traumatic Stress (DPTS) that started late, was referred to a service in the area of Brief Dynamic Psychotherapy (BDP). The delimited focus was constituted to work aspects related to the stressor event and difficulties entailed in order to minimize the losses of the patient and helps him/her to achieve certain goals. The analysis of this case came to corroborate that patients with DPTS may also be benefited with the BDP.

Keywords: Stress Disorders, Post-Traumatic; Psychotherapy, Brief; Psychotherapy.

Introdução

Os avanços dos estudos psicanalíticos entre os anos de 1946 e 1965, aliados às mudanças sociais e econômicas, exigiram uma maior flexibilidade nos modelos de assistência à saúde mental estabelecidos até então. A crescente procura de ajuda terapêutica por parte da massa consultante, dotada de recursos econômicos limitados, propiciou o surgimento da chamada *psicoterapia breve de orientação psicanalítica* ou psicoterapia dinâmica breve (PDB)¹.

Apesar de ter como base os pressupostos teóricos conceituais da psicanálise, a PDB possui características que lhe configuram uma estrutura própria². É uma técnica psicoterápica ativa, com tempo objetivos limitados, que visa à superação de sintomas críticos e de problemas atuais da realidade cotidiana do paciente, dentro de uma abordagem flexível e individualizada³.

Na PDB, trabalha-se visando à estimulação e ao reforço das capacidades autônomas do paciente, sem, no entanto, perder de vista as limitações dos objetivos terapêuticos em função das necessidades mais imediatas⁴. Essa redução de metas levou muitos autores a se interrogarem acerca de quem pode ou não ser beneficiado com essa abordagem⁵.

Alguns estudiosos afirmam que os indivíduos que melhor respondem à PDB são os que dispõem de uma boa força egoica e de boa capacidade para a abstração e a interação, enquanto outros dizem que são o caso clínico e o psicoterapeuta os que definirão a indicação (ou não) para esse tipo de psicoterapia tendo em vista os princípios e possibilidades da própria abordagem^{6,7}. Postulam, ainda, que, embora possa haver variação, a PDB oferece grandes possibilidades de beneficiar praticamente a totalidade de pacientes que procuram auxílio psicológico⁵.

Como a maioria das terapêuticas breves, a PDB adota, especialmente, o princípio da flexibilidade, buscando se organizar em função de uma avaliação geral da situação apresentada no ato da primeira sessão. Avalia-se não só o grau de debilidade do paciente, como também o potencial adaptativo de sua personalidade, objetivando realizar uma orientação que possibilite, entre outras coisas, o fortalecimento das áreas do ego que se encontram livres de conflitos. Assim, trata-se de uma abordagem especialmente adequada para pacientes com essa margem de possibilidade, como aqueles que apresentam fobias, estresses e traumas. No entanto, cabe destacar que, para o tratamento de alguns quadros, tais como os de psicoses severas, as contribuições da psicoterapia dinâmica breve continuam sendo consideravelmente limitadas^{5,7}.

No presente trabalho, é apresentado o relato de um caso clínico atendido com PDB envolvendo um paciente com transtorno de estresse Pós-Traumático (TEPT) de início.

Para tanto, tecemos considerações breves sobre o TEPT, além de apontarmos possibilidades e desafios que emergiram durante o atendimento do caso. Ressalta-se que a abordagem, as intervenções psicoterápicas e psicossociais do TEPT, indicadas tanto para prevenção como para o tratamento, devem se

basear em intervenções breves, compostas por discussões sobre o evento traumático e a “normalização” das reações psicológicas associadas, devendo envolver apoio, aconselhamento e foco em medidas adaptativas em curto prazo. Assim, é possível identificar a compatibilidade dessas condições com os objetivos e as propostas de ação da PDB^{2,8,13}.

TEPT - Breves Considerações

A ideia de que vivências traumáticas trazem consequências danosas para a mente humana não é recente: o próprio termo “neurose traumática” aparece já em 1889, na Alemanha, para fazer referência a alterações orgânicas que decorreriam de eventos traumáticos⁸. No entanto, o termo “transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) surgiu apenas em 1980, configurando uma nova possibilidade de diagnóstico, proposto pelo Manual de Diagnósticos e Estatísticas dos Distúrbios Mentais (DSM III). Essa validação significou o reconhecimento do padecimento de pessoas cujas histórias traumáticas não eram aceitas como determinantes de seu sofrimento⁹.

A quarta edição com texto revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV TR), apresenta seis itens contendo vários critérios para o diagnóstico de TEPT. São eles: 1) exposição a um evento traumático com morte, grave ferimento ou real ameaça e resposta de medo intenso, impotência ou horror; 2) revivência do evento traumático que leve o paciente a agir como se o evento estivesse ocorrendo novamente, ou que se manifeste mediante recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento; sonhos aflitivos e recorrentes com o evento; sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando exposto a alguma lembrança do evento; 3) esquiva persistente de estímulos associados ao trauma; 4) sintomas persistentes de excitabilidade aumentada. Além disso, os sintomas, de acordo com o referido manual, envolvem um quadro de resposta tardia ou prolongada de intenso medo, impotência ou horror, após a exposição a um evento traumático extremo¹⁰.

À diferença do DSM-IV, a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) apresenta diretrizes menos específicas em relação aos critérios para a realização do diagnóstico do TEPT, listando dez sintomas clínicos que devem ser observados nos pacientes, a saber: episódios de repetidas vivências do trauma como memórias intrusas, ou sonhos; sensação de entorpecimento emocional; afastamento de outras pessoas; falta de responsividade ao ambiente; anedonia e evitação de atividades que recordam o trauma; hiperexcitação com hipervigilância e insônia (CID). Assim, a sintomatologia do TEPT é dividida em três grupos principais: o relacionado à experiência traumática; à esquiva e ao distanciamento emocional; e, por fim, à hiperexcitabilidade psíquica (p. 4)^{11,12}

Comparados com os do DSM-IV, os critérios de diagnósticos para o TEPT do DSM-V detalham a constituição de eventos traumáticos condutores de desvios da rotina de vida do paciente. Na nova versão, o foco passa para os sintomas comportamentais divididos em quatro grupos diagnósticos principais: 1)

reexperimentar, que abrange aspectos como memórias do evento traumático e *flashbacks* constantes; 2) esquiva, que se refere a pensamentos negativos recorrentes relacionados ao trauma e que provocam comportamentos evitativos que limitam o indivíduo socialmente; 3) cognições negativas e humor, com a presença de sentimentos de culpa e a distorção das memórias do evento estressor; 4) excitação, marcada pela agressividade, imprudência e distúrbios do sono. Nessa nova versão do Manual, o diagnóstico passa a depender da continuidade dos sintomas, que devem persistir por mais de um mês, e é suprimida a distinção entre as fases aguda e crônica, dispostas na versão anterior¹³.

Diante do exposto, é possível afirmar que o TEPT é um transtorno psicológico que ocorre em resposta a uma situação ou evento estressante de natureza ameaçadora ou catastrófica. Por outro lado, o subtipo em questão, ou seja, o transtorno de estresse pós-traumático de início tardio, caracteriza-se, especialmente, pelo aparecimento dos sintomas pelo menos seis meses após o evento estressor (p. 4)¹⁴

Sabe-se que eventos traumáticos também podem desencadear outros tipos de transtorno; por isso, antes de diagnosticar um TEPT, é necessário levar em consideração questões referentes ao diagnóstico diferencial. O transtorno dissociativo, por exemplo, envolve um evento estressor, porém, nesse caso, o paciente reprime as lembranças relacionadas a ele e forma uma nova identidade. O transtorno de ajustamento também se assemelha em parte ao TEPT, mas supõe sintomas que se apresentam em um espaço de tempo relativamente mais curto. Observa-se que o diagnóstico do TEPT é uma tarefa complexa, o que faz com que a divulgação de casos que envolvam tal situação possa contribuir para a construção e divulgação do conhecimento na área.

Relato do Caso

Identificação e descrição do paciente

João (nome fictício), 26 anos, sexo masculino, solteiro, caucasiano branco, brasileiro, segundo grau completo, trabalhador autônomo, evangélico, estatura e peso médios, proveniente do Estado da Paraíba, Brasil.

Impressões iniciais

Na primeira sessão, João chegou pontualmente, mas demonstrando receio em relação ao ambiente. Aguardou ser chamado para entrar na sala e só sentou quando solicitado. Após as devidas apresentações, afirmou não saber como funcionava a terapia e que a havia procurado por orientação de um amigo. A terapeuta fez esclarecimentos acerca da PDB de modo geral, percebendo interesse e um bom nível de compreensão por parte do paciente. O desenrolar positivo do encontro possibilitou o estabelecimento do vínculo terapêutico já na primeira sessão.

Queixa principal

Ao ser questionado sobre o motivo da procura, João mencionou o fato de não conseguir sucesso nos exames de autoescola apesar de já ter tentado quatro vezes.

Sintomas apresentados

Insônias e pesadelos constantes que envolviam conteúdos de agressão e humilhação; reações de fuga e esquiva exageradas, especialmente em relação a atividades que envolvessem o uso de motocicletas ou a conversas relacionadas à sua família; falta de concentração, especialmente no trânsito; episódios de pânico (taquicardia, transpiração, tremores e medo de morrer); e a referida dificuldade em conduzir motocicletas.

Síntese da história pregressa e atual

Até os seis anos de idade, João morou com os pais e os irmãos, desfrutando de uma família bem estruturada. Seus pais sofreram um acidente de automóvel em decorrência do qual sua mãe faleceu; o pai, então, começou a ingerir bebida alcoólica de forma abusiva, chegando a entregar os filhos a parentes e desaparecer. Separado dos irmãos, João passou a morar com a avó paterna e um tio. Nessa época, começou a ser responsável por todas as atividades domésticas (lavar, passar, cozinhar e varrer), enquanto a avó e o tio permaneciam deitados fumando, tomando café e vendo televisão.

Só aos dez anos de idade começou a estudar e, aos treze anos, começou a trabalhar como entregador de gás, fazendo as entregas em uma bicicleta. Nessa época, precisava realizar as atividades domésticas, estudar e trabalhar. Por conta do acúmulo de tarefas, a avó do paciente passou a acompanhar de perto a realização do serviço doméstico, alegando que estava sendo mal feito. Quando não gostava do resultado, repreendia o neto com agressões físicas e verbais. Ao completar 18 anos, João realizou o que ele disse ser o seu maior sonho na época: sair de casa e morar só. Ele se mudou para uma cidade vizinha e conseguiu um emprego de caixa de supermercado, morando sozinho ali por três meses, até conseguir um amigo para dividir as despesas de um apartamento. Apesar de tímido, relatou conseguir se relacionar satisfatoriamente com as pessoas, principalmente no ambiente de trabalho.

Aos 24 anos, nos tempos livres, começou a vender roupas de porta em porta para complementar a renda e, assim, poder comprar uma motocicleta. Realizou a compra aos 25 anos, mas, como não tinha muita prática, passou a receber instruções de direção de um amigo. Logo começou a conduzir o veículo sozinho, apesar de ainda não possuir a carteira nacional de habilitação (CNH). Com maior facilidade de locomoção para vender roupas, João abandonou o emprego fixo.

Depois de muito tempo sem ver a avó, em um dia de trabalho, João a encontrou ocasionalmente na rua. Ao reconhecê-lo, ela se dirigiu até ele, que estava em sua motocicleta parado em um sinal de trânsito e o agrediu com uma bolsa no momento em que João dava a partida no veículo, provocando uma queda que provocou uma forte pancada na cabeça. Em decorrência disso, o paciente passou dois dias no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e aproximadamente dois meses com a perna direita imobilizada. Na ocasião, por não possuir a CNH, sua motocicleta foi apreendida. Cinco meses depois, já recuperado, João voltou a trabalhar com vendas, utilizando a motocicleta de um amigo. Resolveu iniciar as aulas na autoescola para obter a CNH e realizar o seu trabalho de forma legal. Porém, nas quatro tentativas feitas até a primeira sessão de psicoterapia, sofreu com todos os sintomas anteriormente citados e, conseqüentemente, não obteve êxito. O paciente relatou ainda que passou a ter uma dificuldade repentina para conduzir o veículo em questão, mesmo para fazer as vendas como de costume, pois não conseguia se concentrar como antes no trânsito e, por isso, tinha receio de sofrer outro acidente. Os prejuízos físicos e materiais que resultaram do acidente foram apontados por ele na tentativa de justificar as dificuldades que se apresentavam, mas também foi relatada a associação direta do veículo à imagem da avó.

Os principais sintomas apresentados pelo paciente foram: insônias e pesadelos constantes que envolviam conteúdos de agressão e humilhação; reações de fuga e esquiva exageradas, especialmente em relação a atividades que envolvessem o uso de motocicletas ou a conversas relacionadas à sua família; falta de concentração, especialmente no trânsito; episódios de pânico (taquicardia, transpiração, tremores e medo de morrer); e a dificuldade em conduzir motocicletas

Súmula

Paciente lúcido, cooperativo, globalmente orientado. Memória, inteligência, sensopercepção e linguagem sem alterações. Consciência do eu preservada, humor ansioso, vontade e pragmatismo preservados, consciência da dificuldade atual. Imagem narcísica levemente alterada.

Hipóteses de trabalho

- Hipótese diagnóstica: transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) de início tardio. Para o DSM-IV (1994/1995), um requisito para esse diagnóstico é identificar o evento traumático (agente estressor) que tenha representado ameaça à vida do portador do distúrbio ou de uma pessoa querida e perante o qual se sentiu impotente para esboçar qualquer reação. Esclarecemos que, na época em que o paciente foi atendido, os critérios diagnósticos vigentes eram os da referida versão do manual de diagnósticos (DSM-IV); atualmente, o DSM-V propõe algumas alterações em relação a essa problemática.

- Hipóteses psicodinâmicas: a) dificuldade em elaborar o evento traumático vivido; b) dificuldade em relacionar o evento estressor com a problemática apresentada; c) sentimento de culpa em relação ao evento traumático; d) frustração por não ter sido aprovado nos exames da autoescola.

- Foco: trabalhar aspectos relacionados ao evento estressor e à dificuldade de aprovação na autoescola.

- Atendimento: Inicialmente foram propostas doze sessões, mas, posteriormente, houve a necessidade de quatro encontros adicionais, totalizando dezesseis sessões.

Evolução do caso

O paciente foi acompanhado sistematicamente, nos dois meses em que frequentou as sessões de PDB, em encontros que ocorriam em média duas vezes por semana. O ponto de partida para o estabelecimento da relação terapêutica em PDB foi a entrevista preliminar, realizada mediante as duas primeiras sessões com o paciente e conduzida pelo terapeuta com o objetivo de: estabelecer uma relação terapêutica, viabilizar a elaboração de uma história clínica (anamnese), avaliar o diagnóstico-prognóstico, promover uma devolução diagnóstica-prognóstica, estipular metas terapêuticas, delimitar a duração do tratamento, explicitar o método de trabalho e fixar as normas de trabalho

A sequência de atendimento desenvolveu-se em torno do foco anteriormente descrito, com base nos princípios da referida abordagem. A terapeuta buscou estabelecer uma relação de indagação centralizada, esclarecendo as conexões significativas entre a biografia, a transferência de vínculos básicos conflituosos para as relações atuais e os sintomas apresentados. Assim, o objetivo principal do atendimento em PDB foi proporcionar uma imagem global das inter-relações em foco a fim de clarificar as situações de crise. Para isso, foi indispensável criar um contexto sem ambiguidades, livre de discriminações, frustrações e privações sensoriais. Tais aspectos foram instaurados paulatinamente em sessões semanais com duração de aproximadamente 45 minutos que se estenderam por quatro meses de atendimento.

Após duas semanas de acompanhamento, o paciente já estava conseguindo confrontar seus sentimentos ambivalentes, principalmente em relação à avó e ao evento estressor vivenciado. Nessa época, retomou as aulas na autoescola, dedicando-se integralmente a essa atividade. À medida que o novo teste de direção se aproximava, as questões direcionadas à remissão dos sintomas eram enfatizadas. A terapeuta optou por trabalhar a tríade apoio-esclarecimento-docência, visando a fortalecer o paciente, elucidar questões pouco elaboradas por meio da auto-observação por parte do paciente e proporcionar informações de ordem prática, úteis para a resolução da problemática. Algumas dificuldades emergiram em forma de insegurança e intenção de desistir do exame, mas foram contornadas por posturas motivacionais e compreensivas da terapeuta. Na penúltima sessão, João havia sido aprovado na autoescola

e verbalizado que considerava seu caso resolvido. A terapeuta marcou uma última sessão, na qual realizou um balanço geral do caso, discutiu os avanços alcançados e sinalizou estratégias de manutenção da estabilização do quadro.

Discussão

Diante da situação apresentada pelo paciente, inicialmente a terapeuta suspeitou tratar-se de um caso de TEPT, porém, considerando maiores detalhes da situação e dos intervalos de tempo envolvidos, constatou o início tardio da instalação dos sintomas que caracterizam o transtorno.

O subtipo TEPT de início tardio surge como resposta tardia (pelo menos seis meses de intervalo) após o evento estressor potencialmente traumático; mas apresenta os mesmos enquadramentos sintomáticos do TEPT, podendo ser considerado uma extensão desse transtorno. No caso relatado, o paciente havia sofrido um acidente seis meses antes de começar a apresentar os sintomas referidos anteriormente, quais sejam: insônias e pesadelos constantes, reações de fuga e esquiva exageradas, falta de concentração, especialmente no trânsito, e episódios de pânico (taquicardia, transpiração, tremores e medo de morrer). Antes disso, havia conseguido retomar sua rotina normalmente, por um curto período de tempo^{8,13}.

O quadro descrito no DSM IV-TR caracteriza o TEPT (de início tardio ou não), por uma revivência persistente do evento traumático (inclusive por pesadelos) e, conseqüentemente, uma esquiva também recorrente de estímulos associados ao trauma, além de um alheamento geral e de excitabilidade aumentada. Esses sintomas foram apresentados pelo paciente diante da necessidade de fazer uso da motocicleta para realizar as aulas e os exames da autoescola.

De acordo com o Manual, para ser diagnosticado o transtorno, o quadro precisa ser importante a ponto de causar um sofrimento clinicamente significativo, ou um prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional. Tal prejuízo pode ser identificado na dificuldade de trabalhar que o paciente estava encontrando: por não conseguir conduzir o veículo com segurança, ele estava impossibilitado de realizar o seu trabalho e ter êxito no exame de direção^{10,11}.

As limitações decorrentes do quadro clínico de João também se refletiam em sentimentos de culpa, rejeição e humilhação, tanto em relação ao ocorrido com a avó, causa do acidente, quanto em relação ao fracasso nas avaliações. Pacientes com TEPT de início tardio, em alguns casos, podem demonstrar culpa, rejeição e humilhação associadas a todos os demais sintomas. Nesses casos, a necessidade de intervenção é ainda mais proeminente, pois a referida associação sinaliza maior risco de comorbidades¹⁴.

Diante dessa constatação, a terapeuta pôde traçar um plano de ação visando, em um curto período de tempo, promover o controle dos sintomas e a elaboração das principais questões relacionadas ao foco

do processo terapêutico em questão. Como meta principal do paciente, foi colocada a aprovação no exame da autoescola, sucesso que veio como resultado de uma ação ancorada no tripé apoio-esclarecimento-docência. Visando a esse êxito, a terapeuta precisou oferecer um vínculo protetor, motivador, diretivo e orientador. Dessa forma, o paciente teve a oportunidade de desenvolver a capacidade de colaborar ativamente com o seu tratamento, facilitando o desenrolar do processo terapêutico como um todo.

Considerações finais

Como foi possível observar neste relato, o atendimento ao paciente com TEPT de início tardio é bastante específico, principalmente por se tratar de um quadro que acarreta limitações e prejuízos imediatos e funcionais à vida do paciente. O fato de a PDB proporcionar o desenvolvimento de uma imagem global das inter-relações centralizadas em focos de descompensação, clarificando a situação de crise, coloca essa abordagem como uma opção a ser considerada no tratamento desse transtorno. Outro motivo para isso são as suas propostas de tratamentos breves e planejados. É possível concluir que a condução do caso levantou questões relevantes acerca do tema em foco, porém não pretendeu esgotá-lo, visto que muito ainda se tem a percorrer visando a contribuir com a construção de conhecimento na área.

Referências

1. Cunha PJ Azevedo MASB. Um caso de transtorno de personalidade borderline atendido em psicoterapia dinâmica breve. Brasília: Psicologia Teoria e Pesquisa; 2001; 17(1): 05-7.
2. Azevedo MASB. Psicoterapia breve: considerações sobre suas características e potencialidade de aplicação na psicologia clínica brasileira. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Psicologia; 1983; 35(1): 92-13.
3. Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
4. Braier EA. Psicoterapia breve de orientação psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
5. Fiorini HJ. Teoria e técnicas de psicoterapias. Rio de Janeiro: Martins Fontes; 2008.
6. Wolberg LR. Short-term psychotherapy. Nova York: Grune & Stratton; 1969.
7. Marmor J. Short-Term Dynamic Psychotherapy. Nova York: American Journal of Psychiatry; 1979; 136(1): 149-7.
8. Soares BGO, Lima MS. Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria; 2003; 25(1): 62-6.

9. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais: DSM-III. Lisboa: Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1986.
10. Wilson JP. The historical evolution of PTSD Diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV-TR. In: Everly Jr GS, Lating JM. Psychotraumatology: key papers and core concepts in post- traumatic stress. New York: Plenum; 1995. p. 9-26.
11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
12. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
13. Posttraumatic Stress Disorder. Disponível em: <http://www.dsm5.org>. Acessado em dez. 2013.
14. Filho JWC, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria; 2001; 23(4): 221-8.
15. Sadock BJ, Sadock VA. Transtorno de estresse pós-traumático. In: Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2007 p. 665-9.

Correspondência

Simone Salviano Alves

Rua Professor Francisco das Chagas Almeida, Nº 187, Bairro Bancários

58051500, João Pessoa, Paraíba/Brasil.

simone.psico@bol.com.br

Submetido em 06/09/2013

Devolvido ao autor em 31/10/2013

Retorno do autor em 25/11/2013

Devolvido ao autor em 28/11/2013

Retorno do autor em 11/12/2013

Aceito em 07/01/2014