



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Extra Nº5 – Verano 2023

Material presentado en la III Asamblea Internacional de Investigación en torno a la
Concepción Operativa de Grupo, Salvador de Bahía, 8-10 de septiembre de 2022

Busca um espaço de grupo para primeiras crises psicóticas? Pensando na concepção operacional do grupo¹

Clara Fernández
Violeta Suárez
Antonio Tarí
(Verão 2022)

INTRODUÇÃO

A partir das dificuldades encontradas em dar continuidade a um grupo de psicoterapia para pacientes com primeiro episódio psicótico, propõe-se a possibilidade de modificação do setting, mesclando pacientes jovens com crises de vida não psicóticas e pacientes com crises psicóticas. Compreender a criação de um grupo a partir de uma perspectiva mais psicossocial e não tão voltada para o diagnóstico de psicose.

Várias questões surgem em relação à viabilidade de um trabalho psicoterapêutico com um conjunto dessas características. Ou seja, nos perguntamos, a partir da clássica afirmação “Quanto maior a heterogeneidade entre os membros, e quanto maior a homogeneidade na tarefa, maior a produtividade do grupo”, quais seriam as características e limites dessa heterogeneidade para alcançar aquela homogeneidade da tarefa que favorece a produtividade do grupo.

¹Trabajo presentado en Nodo Clínica.

FUNDO

O grupo terapêutico é organizado em uma USMC (Unidade Comunitária de Saúde Mental) da área, que atende quase toda a população rural, com grande dispersão geográfica. Neste último ano é feita uma modificação do quadro inicial, de forma a alargar o número de membros, uma vez que nos últimos anos não foi possível fazer um formato de grupo por falta de capacidade. (Em anos anteriores, optou-se por um formato mais psicoeducativo, sem levar em conta a exigência de ter um mínimo de 4 membros para a realização da sessão). A necessidade de manter um espaço grupal psicoterápico faz com que incluamos jovens que não estão no programa do primeiro episódio psicótico para poder sustentar esse formato de grupo.

Em 2018, foi lançado um grupo de psicoterapia com formato de grupo operacional devido à necessidade de oferecer um espaço terapêutico em grupo para pacientes que apresentaram um primeiro episódio psicótico. O programa assume o atendimento durante os 5 anos após o processo de crise.

Os membros do grupo possuem certas características em comum como dificuldades relacionais, tendência ao isolamento (posições autistas), dificuldade em estar com os outros, compartilhar suas experiências e ser capaz de pensar sobre si mesmo, bem como assumir o controle de seus próprios vidas. A maioria pode inicialmente ter pouca consciência do transtorno e alguns são forçados por suas famílias.

O trabalho em grupo facilita o descentramento do papel do paciente e busca recursos para ser mais ativo e protagonista em seu processo terapêutico, facilitando o amadurecimento e a individuação.

Entendemos que essas pessoas precisam de um espaço e tempo onde a crise possa ser ouvida. Assim, o grupo se mostra como um espaço privilegiado para compreensão, contenção e elaboração do mesmo.

Nesse espaço, há a possibilidade de recriar vínculos e facilitar a comunicação, combatendo o isolamento característico desses pacientes.

Antes da pandemia, já existem dificuldades em sustentar o grupo com regularidade, devido à falta de presença dos membros. O programa dos primeiros episódios inclui sua participação em formato de grupo por 5 anos, mas a maioria sai após 3 anos. Uma grande dificuldade é a dispersão geográfica, dificultando muito as famílias que moram a mais de 50 km de distância e cujo nível econômico não permite que se desloquem quinzenalmente para participar do programa.

Depois vêm os anos de pandemia, 2020 e 2021, os grupos terapêuticos deixam de ser feitos e até a detecção desses jovens com primeiro surto psicótico diminui. Podemos analisar múltiplos aspectos da diminuição do número de primeiros episódios. Após o período de pandemia, onde a procura médica foi limitada e reduzida a casos de covid ou casos de patologia grave, a população em geral manteve os sintomas em casa. Assim, encontramos patologias que evoluíram muito ao longo do tempo no pronto-socorro. Algo semelhante aconteceu com os casos do primeiro surto psicótico, eles não diminuíram na pandemia, mas vieram mais tarde, com maior DUP “duração da psicose não tratada” (tempo desde que os sintomas psicóticos começaram e

foram tratados). Além de outros fatores que facilitaram o adiamento do pedido de urgência: o confinamento generalizado devido à pandemia, tornou imperceptível que um jovem permanecesse isolado em seu quarto por dias; o aumento do consumo de tóxicos; a não exposição ao social, em geral, fez com que não surgissem tantos conflitos com o outro, e o jovem com psicose permaneceu sozinho, sem graves transtornos de comportamento. Não descartamos que seja possível que a COVID e o confinamento produzam nas famílias e na vivência social um “vulnerabilidade compartilhada” na forma de sentimentos e experiências semelhantes a os apresentados por pessoas com transtornos psicóticos: sentimento ameaças (o vida e morte podem estar ao virar da esquina), paranóia (contaminação ou estar contaminado, qualquer um pode ser um perigo), isolamento afetivo, mesmo distância da realidade.

O problema com a psicose é que a dificuldade psicossocial que ela causa surge muito antes do início formal da psicose, atinge o pico no início da doença e se estabiliza depois, sugerindo que essa dificuldade é um traço da psicose. sequela dos sintomas usados para classificar o transtorno: alucinações, delírios e transtornos do pensamento (Agerbo et al., 2004).

Esses sintomas atingem o pico no início da doença, mas geralmente desaparecem, muitas vezes com o início da medicação antipsicótica. No entanto, agora é amplamente reconhecido que a medicação antipsicótica tem pouco impacto positivo no sofrimento psicossocial (McGorry et al., 2008), destacando que os sintomas e o funcionamento não estão relacionados causalmente e indicando a necessidade de abordagens terapêuticas alternativas, como esses espaços de grupo.

No entanto, na pandemia, apesar da redução dos casos de primeiro episódio, houve um aumento no aparecimento de emergências para jovens em situação de crise, crises não psicóticas, mas com grande angústia e ideias de morte. Jovens que, mesmo antes do confinamento, começaram a desenvolver certas dificuldades psicossociais. O próprio confinamento dificultou ainda mais seu processo de desenvolvimento e individuação, piorando sua qualidade de vida. Essas mudanças sociais, essa mudança na demanda, foi o que nos levou a reanalisar a oferta grupal da nossa equipe.

Após a análise dessas demandas, no final de 2021 decidiu-se reiniciar os espaços grupais e os critérios de inclusão foram ampliados, passando de ser um grupo de primeiros episódios psicóticos para um grupo de jovens em situação de crise vital, compreendendo a crise como situações de sofrimento com acentuada dificuldade psicossocial, onde o desenvolvimento da identidade do jovem está em risco.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Jovens em pleno desenvolvimento da sua identidade, que apresentam uma situação de crise vital com graves problemas de saúde mental. Jovens cujo momento evolutivo depende do social. Essa situação torna o tratamento em grupo um dos mais indicados, pois permite a identificação com iguais e cria um espaço de contenção, apoio e acompanhamento.

A princípio pensamos que era um grupo mais heterogêneo do que o anterior de primeiros episódios psicóticos onde poderíamos supor alguma dificuldade em padronizar a tarefa. No

entanto, após supervisionar este espaço grupal, percebemos que a questão não é que houvesse mais heterogeneidade, mas que essa heterogeneidade não impedia a homogeneidade necessária para construir uma tarefa. O grupo funcionou apesar de ser formado por pacientes com psicoses e neuroses graves.

Esses pacientes que compunham o grupo compartilhavam algumas necessidades e dificuldades comuns, o que justamente facilitava o trabalho em grupo:

- A existência de elementos traumáticos.
- O tipo de anexo.
- A ruptura biográfica.
- O nível de construção da identidade fragmentada.
- Ligações parciais.

Vemos que os pacientes incluídos neste espaço grupal estão em fase inicial de desenvolvimento de uma deficiência psicossocial. Essa situação pode remeter ao conceito de fase adolescente e fase inicial da psicose. Um “período crítico” que influencia o desenvolvimento ou não de um transtorno mental grave (Birchwood & Macmillan, 1993; Birchwood et al., 1998).

TAREFA

Agora sim, voltamos à análise dos fatores de produtividade do grupo, onde Pichón Riviere afirma que a produtividade de um grupo dependerá da maior heterogeneidade dos membros e da maior homogeneidade da tarefa.

O que cada um vem fazer?

Partimos da base de que todos os pacientes passaram, ou estão passando por um período crítico, uma crise. A crise é um momento de mudança, um alerta, um emergente. E sugerimos aos pacientes que estamos aqui para pensar e aprender sobre esse período de crise. Como isso acontece? Por que é útil pensar nisso?

A tarefa proposta seria:

Reflita e analise os sentimentos e comportamentos que paralisam ou dificultam a evolução pessoal de cada um dos membros do grupo. Aprenda a pensar sobre o que eles sentem e pensam, como isso influencia suas ações e relacionamentos com os outros. Aprenda novas formas de se relacionar consigo mesmo e com os outros para ter uma vida mais satisfatória e produtiva.

O trabalho em grupo vai girar em torno de evitar uma ruptura vital, retomar ou iniciar projetos vitais, trabalhar a separação e a individuação, assumindo que, embora já devessem ter feito esse processo, não ter conseguido é provavelmente um dos desencantos antes da crise.

CONCLUSÕES

Após a alteração do enquadramento, verificamos que este espaço grupal tem conseguido manter-se com maior estabilidade, mantendo-se a regularidade do atendimento: registaram-se menos faltas do que nos anos anteriores em que o grupo era constituído apenas por doentes com primeiro episódio psicótico.

Por meio dos emergentes, viu-se que o grupo tornou-se um local onde podem ser trabalhados aspectos de seu processo de vida, de modo que podemos pensar que essa configuração dos membros do grupo tem sido mais efetiva.

Podemos refletir sobre a dificuldade que os pacientes psicóticos podem ter em se comprometer com o tratamento, a dificuldade de se reconhecerem vulneráveis ou necessitados de ajuda, e o forte estigma e angústia de serem expostos a espaços grupais onde os outros podem refletir a própria crise. Talvez esse quadro, ao deixar o diagnóstico de lado e partir do momento vital em que o paciente se encontra, tenha favorecido identificações com aspectos menos fragmentados, menos psicóticos.

As diferenças podem ter a ver com o nível de fragilidade a partir do qual cada membro parte, com o nível de funcionamento anterior ao momento da crise, e a partir daí já podemos intuir melhor ou pior prognóstico.

Além disso, o fato de incorporar pacientes de idades semelhantes, em momentos semelhantes da vida, faz com que os pacientes com um primeiro surto psicótico mantenham alguma esperança de recuperar o que foi perdido, de serem motivados a trabalhar aspectos de si em grupo, talvez em espaços mais homogêneo em termos de diagnóstico, com outros pacientes com surtos psicóticos, é mais difícil que eles ocorram. Podemos pensar como hipótese que esses espaços rumem mais para a recuperação e para a identificação de aspectos saudáveis, mais desvinculados do papel do doente.

Essa experiência nos questionou em relação ao que afirma R. Klein em seu livro “Trabalho em grupo” sobre a dificuldade de realizar grupos terapêuticos misturando pacientes psicóticos e neuróticos, pois sua tarefa é divergente: divergência dada no trabalho psíquico a ser realizado com respeito à constituição do grupo (sic). Segundo Klein, no grupo dos neuróticos, a ilusão grupal se forma rapidamente, sendo parte da tarefa de produzir sua desilusão, enquanto a constituição do grupo como tal com os pacientes psicóticos é quase tarefa do próprio grupo.

Os pacientes com um primeiro episódio psicótico incluídos teriam as mesmas características psicológicas dos psicóticos de que Klein estaria falando? Da mesma forma, os pacientes com neuroses graves teriam diferenças com os neuróticos referidos pelo autor? Nesse caso, parece que essas divergências não impediram, mas, ao contrário, favoreceram a possibilidade de construção de um espaço grupal.

Nesse caso, a introdução de pacientes com característica a priori “não psicótica” junto com pacientes com diagnóstico precoce de psicose permitiu e consolidou a constituição do grupo, antes tão difícil.

Questionamo-nos sobre os fatores comuns envolvidos neste trabalho psíquico que favoreceram tal processo. Aprofundar essa questão ficará para outra investigação.

No entanto, pensamos que existem alguns aspectos que poderiam ter sido relevantes:

- São pacientes jovens, em processos iniciais de adoecimento/desconforto, com pouco tempo de evolução.
- Sua identificação com o papel dos pacientes é menos consolidada.
- São mais flexíveis à possibilidade de introduzir mudanças, estão em meio a uma crise vital, sem ferramentas na nova situação que lhes é apresentada, mas com motivação para buscar estratégias adaptativas mais saudáveis.

Depois dessa experiência vimos que talvez a homogeneidade seja facilitada pelas necessidades e objetivos que compartilham. Foi criado um espaço de prevenção transdiagnóstico, um espaço grupal que poderíamos chamar de “trabalho de fronteira”, entendendo a tarefa como um espaço de apoio à prevenção da cronicidade de seu desconforto psicossocial.

É criado um espaço para abordar aspectos preventivos (conscientização de comportamentos que podem levar à doença ou incapacidade), promoção (identificação e valorização de pontos fortes, aspectos saudáveis do indivíduo) e educação em saúde (informações e experiências que permitem construir uma nova cultura de recuperação revivendo a medicalização abusiva e a «psicofarmacologia»).

Voltando à nossa experiência grupal, observamos que os pacientes com primeiro surto psicótico, que foram incluídos no programa dos primeiros episódios, e depois incluídos nesse espaço grupal, não se identificaram tanto com o rótulo de psicose, mas com o “jovens”, passando a poder pensar com os outros em grupo, refletindo sobre o momento vital pelo qual estão passando.

Podemos ver o grupo de jovens como fator de proteção contra o estigma, por meio da identificação com os outros como jovens, e não como doentes. Este espaço estimula as pessoas a pensar com os outros, a analisar a situação de paralisia que está além do rótulo de doença mental, sem realmente atribuir um diagnóstico. De fato, o programa de primeiro episódio tenta evitar o diagnóstico do paciente durante os 5 anos de duração do programa, promovendo a melhora de sua situação sem estabelecer limites ou prognósticos de curto prazo.

Do ponto de vista assistencial, pode ser controverso não utilizar diagnósticos clínicos durante esses anos, mas o espaço grupal que se cria “grupo de jovens com dificuldades psicossociais” sugere considerar a psicopatologia dos jovens que buscam ajuda de forma transdiagnóstica, em vez de “monitorar” as dimensões da psicose.

Van Os, em vez da abordagem médica ineficaz de alto risco, propõe uma perspectiva de saúde pública focada em melhorar o acesso a um ambiente pouco estigmatizante e esperançoso, em pequena escala e com linguagem e intervenções amigáveis aos jovens. Um adolescente que, subjetivamente, pensa que está sofrendo não precisa desenvolver um transtorno mental, mas a expressão desse desconforto, em um contexto adequado, favorece a recuperação. Por isso, o

espaço do grupo de jovens favorece a não identificação com o papel do doente e participa da promoção de aspectos de prevenção e recuperação.

O grupo pode ser um fator de proteção para a saúde mental de seus componentes, a troca de relações pautadas no respeito e aceitação do outro é uma das bases para a saúde mental nessa idade. Idades em que prevalece o contato com o outro para avançar para a individuação e diferenciação com as figuras primárias.

O grupo torna-se um campo de treinamento para melhorar o funcionamento psicossocial. As pessoas são autoras ativas –protagonistas– de seu próprio processo de mudança. Aponta para a revalorização do cuidado nos núcleos vivenciais naturais e sua rede social. “Um lugar no “arsenal terapêutico” é concedido a um tipo fundamental de ajuda: aquela que pode ser proporcionada por um ambiente acolhedor, solidário e afetivo, seja família, amigos ou grupos sociais...” (Tizón)

O grupo permite observar e analisar os determinantes sociais e coletivos de um problema aparentemente individual. Permite que usuários e profissionais observem e analisem a dimensão social da psicopatologia, da deficiência e dos obstáculos à recuperação.

De fato, estudos longitudinais sobre os primeiros episódios psicóticos mostraram que a incapacidade psicossocial no início da doença é um forte preditor de incapacidade muitos anos depois (Addington et al., 2005; Alvarez-Jimenez et al., 2012; Tandberg et al. al., 2012), e aqueles com início mais precoce da doença têm pior resultado psicossocial (Hafner e an der Heiden, 1999). A lógica disso é que as intervenções que visam o funcionamento psicossocial nos estágios iniciais da psicose oferecem a possibilidade de prevenir a incapacidade psicossocial de longo prazo.

Como novos objetivos nos propusemos a busca de critérios de inclusão para formar grupos de jovens, em relação a essa dificuldade de funcionamento psicossocial. Este aspecto deve ser um importante objetivo de intervenção, independentemente de sua associação diagnóstica. As atuais abordagens de intervenção precoce focadas nos sintomas na psicose não parecem afetar a incapacidade psicossocial e, portanto, precisam ser reconsideradas. Uma abordagem de intervenção precoce que aborde a dificuldade psicossocial é necessária para garantir que esse problema não se torne crônico. Além disso, há uma janela de oportunidade para fornecer intervenções de amplo espectro para jovens em risco psicossocial, para reduzir a desvantagem social e a marginalização e potencialmente reduzir o número de pessoas que desenvolvem psicose formal.

São necessários mais espaços de pesquisa em grupo para continuar respondendo a perguntas sobre a produtividade do grupo em pacientes com um primeiro episódio psicótico. Ficamos com algumas dúvidas como:

- A intervenção em grupo nas fases iniciais da psicose é beneficiada por um espaço onde o denominador comum é a fase vital, e não o diagnóstico da psicose?
- A eficácia dos grupos de primeiros episódios psicóticos é diminuída quando são grupos homogêneos de psicose?

- A prevenção precoce pode ajudar a descongelar partes mais neuróticas da personalidade de pacientes com um primeiro surto psicótico?
- Como poder trabalhar desde cedo com os aspectos mais simbióticos, sincréticos que ainda não invadiram a personalidade do sujeito?
- A abordagem transdiagnóstica é mais eficaz para a recuperação psicossocial?

Bibliografía

- Ceverino, A. *Salud mental y terapia grupal*. Grupo 5.
- Guimón, J. *Manual de Terapia de Grupo*.
- Hernández, Mariano; Irazábal, Emilio;. *Experiencias terapéuticas grupales*. Grupo 5.
- Klein, R. *Coordinación, clínica y formación*. Buenos Aires.
- Klein, R. (2009). *El trabajo Grupal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rivière, E. P. (1971). *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vázquez, E., & Felipe, V. d. (2021). Psicoterapia grupal operativa psicoanalítica para pacientes TMG en una Unidad de Salud mental de adultos. *Area 3* (25).