

DIÁLOGOS ABERTOS EM PSICOSE, PARTE 2: UMA COMPARAÇÃO DE CASOS COM RESULTADOS BONS E RUINS

OPEN DIALOGUE: GOOD AND POOR OUTCOME

DIÁLOGOS ABIERTOS EN PSICOSIS, PARTE 2:
UNA COMPARACIÓN DE CASOS CON BUENOS Y MALOS RESULTADOS

RESUMO: Como uma abordagem para o tratamento da psicose, o Diálogo Aberto tem como objetivo iniciar o tratamento dentro de 24 horas do primeiro contato entre o sistema de saúde e o paciente ou a família e, de acordo com princípios construcionistas sociais, inclui a família e a rede social em uma discussão aberta de todas as questões ao longo de todo o tratamento. Como um passo para a avaliação do impacto deste novo modelo de tratamento, foram feitas análises estatísticas e qualitativas de 78 casos de primeiro episódio psicótico consecutivos, diferenciando os casos com resultados bons dos com resultados ruins com base em critérios funcionais e sintomáticos. Os resultados sugeriram diferenças no diagnóstico e na duração dos sintomas prodrômicos e psicóticos, assim como nos processos de tratamento nos dois grupos. A decisão de evitar a hospitalização e o uso ansiolíticos em vez de neurolépticos foram associados a um bom resultado. No geral, os dados sobre a eficácia do Diálogo Aberto foram encorajadores, pois mostraram apenas 22% de pacientes com resultados ruins. No entanto, se a possibilidade de se começar um processo dialógico é mínima, o tratamento pode levar a um resultado ruim, mesmo quando não é precedido por fatores sociais e psicológicos pré-mórbidos.

Palavras-chave: Diálogos abertos; Psicose; Saúde mental.

ABSTRACT: As an approach to treatment of psychosis, Open Dialogue aims to begin treatment within 24 hours of first contact between the health system and the patient or family, and in accordance with social constructionist principles, includes the family and the social network in open discussion of all issues throughout treatment. As one step toward evaluating the impact of this novel model of care, statistical and qualitative analyses of 78 consecutive first episode psychotic cases was undertaken, discriminating good from poor outcome cases on the basis of functional and symptomatic criteria. Results suggested differences in the diagnosis and duration of prodromal and psychotic symptoms, as well as in treatment processes in the two groups. Avoiding hospitalization and using anxiolytics instead of neuroleptics were associated with a good outcome. Overall, data bearing on the effectiveness of OD were encouraging, as only 22% poor outcome patients emerged. However, if the possibility for starting a dialogical process is minimal, the treatment may lead to poor outcome, even where this is not predicted by premorbid social and psychological factors.

Keywords: Open dialogues; Psychosis; Mental health.

RESUMEN: Como enfoque para el tratamiento de la psicosis, el Diálogo Abierto tiene como objetivo iniciar el tratamiento dentro de las 24 horas del primer contacto entre el sistema de salud y el paciente o la familia, y de acuerdo con los principios del construccionismo social, incluye a la familia y la red social en una discusión abierta de todos. problemas a lo largo del tratamiento. Como un paso hacia la evaluación del impacto de este novedoso modelo de atención, se llevaron a cabo análisis estadísticos y cualitativos de 78 casos psicóticos consecutivos de primer episodio, discriminando los casos con buenos resultados de los malos sobre la base de criterios funcionales y sintomáticos. Los resultados sugirieron diferencias en el diagnóstico y la duración de los síntomas prodrómicos y psicóticos, así como en los procesos de tratamiento en los dos grupos. Evitar la hospitalización y usar ansiolíticos en lugar de neurolépticos se asoció con un buen resultado. En general, los datos relacionados con la eficacia de la DO fueron alentadores, ya que solo surgieron un 22 % de pacientes con resultados desfavorables. Sin embargo, si la posibilidad de iniciar un proceso dialógico es mínima, el tratamiento puede conducir a un mal resultado, aun cuando esto no esté previsto por factores sociales y psicológicos premórbidos.

Palabras clave: Diálogos abiertos; Psicosis; Salud mental.

JAAKKO SEIKKULA^{1 2}

BIRGITTA ALAKARE^{3 4}

JUKKA AALTONEN¹

¹ *University of Jyväskylä, Finland*

² *University of Tromsø, Norway*

³ *Western Lapland Health District, Tornio, Finland*

⁴ *University of Oulu, Finland*

CLARISSA SANTOS

Tradução

Publicado na Revista Nova Perspectiva Sistêmica, 28, Julho de 2007. Continuação do artigo republicado na Revista Nova Perspectiva Sistêmica, 72, de 2022.

Correspondências devem ser enviadas para Jaakko Seikkula, Ph.D., Departamento de Psicologia, Universidade de Jyväskylä, Caixa Postal 35, FIN - 40351 Jyväskylä, Finlândia; e-mail: seikkula@psyka.jyu.fi

No trabalho anterior, nós delineamos uma nova abordagem para o tratamento de distúrbios psicóticos graves amplamente baseada em uma visão construtivista de que os sintomas psicóticos são significativos e em uma perspectiva construcionista social que encoraja uma conversação conjunta sobre tais dificuldades com as comunidades locais em questão (Seikkula; Alakare & Alltonen, 2001). Nosso objetivo no presente trabalho é documentar os resultados desta abordagem, chamada Diálogo Aberto (DA), na esperança de identificar fatores associados a respostas favoráveis e desfavoráveis para tal tratamento. Para fornecer um panorama teórico para este trabalho, vamos primeiramente resumir o que é atualmente conhecido sobre a previsão de resultados em psicose, descrever as abordagens predominantes para o tratamento e então situar nossa pesquisa no contexto dessa literatura.

PREVISORES DE RESULTADOS EM PSICOSE: PISTAS DA LITERATURA

Os principais fatores relacionados aos resultados em primeiro episódio de psicose têm consistido em variáveis psicológicas, ajuste social e ocupacional pré-mórbido, duração de sintomas psicóticos e prodrômicos não-tratados e variáveis relacionadas ao próprio processo de tratamento. Depressão (Jackson & Birchwood, 1996) e, mais acertadamente, desesperança no episódio de uma crise psicótica vêm sendo ligadas tanto a uma recaída inicial e uma maior taxa de suicídio (Caldwell & Gottesman, 1990) quanto a resultados piores em curto prazo e um pior funcionamento global após um ano (Aguilar, Haas, Manzanera, et. al., 1997). Da mesma forma, uma menor taxa de ajuste global e uma maior taxa de sintomas psicóticos vêm sendo relacionadas à progressão de sintomas prodrômicos leves a sintomas psicóticos durante um período de um ano (Yung, Phillips, McGorry, et. al., 1998). Em particular, sintomas negativos iniciais vêm sendo identificados como previsores de resultados ruins (Jackson & Birchwood, 1996; Scottish-schizophrenia-research-group, 1992). Deficiências cognitivas dos indivíduos têm sido associadas aos resultados de suas doenças e à eficácia do treinamento de habilidades (Mueser, Wallace & Liberman, 1995).

Além desses fatores individuais, descobriu-se que a rede social de pacientes de esquizofrenia difere daquela da população normal e daquela dos pacientes de psicose afetiva (Erickson, Beiser, Iacono, et. al., 1989). A natureza dos relacionamentos foi um preditor de resultados de curto prazo mais importante entre os pacientes de esquizofrenia do que entre pacientes de psicose afetiva. Em seu primeiro contato com o sistema de saúde, os pacientes de esquizofrenia tinham menos pessoas de fora da família presentes, o que foi negativamente associado aos resultados. Depois de um tratamento de aproximadamente três anos, a rede social era menor e menos recíproca, e continha menos membros da família em comparação com pacientes com problemas menos severos (Meeks & Murrell, 1994). A rede mais provavelmente incluía assistentes sociais, mas essas relações eram não-recíprocas, o que significava que o paciente era auxiliado por outros, enquanto eles mesmos não prestavam auxílio reciprocamente. Pacientes com poucos contatos sociais de fora da família tendiam a ter recaídas mais cedo (Johstone, Frith, Crow, et. al., 1992). Essas diferenças podem ser mais em virtude da história do tratamento do que do diagnóstico, já que entre pacientes de primeiro episódio o tamanho da rede social era razoavelmente o mesmo que o da população em geral (Seikkula, 1991). Os sujeitos sob risco de esquizofrenia tinham uma pior competência social e mais distúrbios formais de pensamento (Dworkin, Green, Small, et. al. 1990). Ajuste profissional e ocupacional ruim anterior à primeira hospitalização também antecipava resultados ruins (Bean, Beiser, Jiahui, et. al. 1996).

A duração média dos sintomas psicóticos antes da primeira sequência de tratamento tem sido de aproximadamente um ano (Barnes, Hutton, Chapman, *et. al.* 2000; Loebel, Lieberman, Alvir, *et. al.*, 1992), mas os sinais prodromáticos já poderiam existir por três anos, o que vem sendo visto como o previsor mais poderoso de resultados ruins (Lieberman, 1997). Quanto maior a duração dos sintomas, pior é o resultado em todos os casos. Uma longa duração de pródromos não-psicóticos era o mais forte previsor de atribuições negativas feitas por parceiros (Bean, Beiser, Jiahui, *et. al.* 1996). As principais barreiras para se entrar em tratamento eram uma rede social pobre e desistência de contatos sociais (Larsen, Johannessen & Opjordsmoen, 1998). Em alguns casos, a interpretação errada de sintomas iniciais nos cuidados primários pode atrasar o tratamento.

TENDÊNCIAS NO TRATAMENTO

A medicação neuroléptica tem sido vista como o componente principal da terapia de psicose (Lehman, *et. al.* 1998; Liberman, 1993). Como recomendação, ela deve ser usada como tratamento de primeira linha para reduzir sintomas psicóticos, e as dosagens devem ser de cerca de 300 a 500mg de clorpromazina em casos de primeiro episódio. Grandes doses de carga não são recomendadas. Alguns estudos, conduzidos em conjunto com tratamentos psicossociais avançados, mostraram que as doses de medicação anti-psicótica podem ser reduzidas e os resultados parecem melhorar (McGorry, 1996). Alguns estudos recentes têm demonstrado que a medicação anti-psicótica pode ser evitada no todo em cerca de metade dos casos, com um resultado similar ao obtido fazendo-se uso de medicação? (Ciompi, Dauwalder, Maier, *et. al.*, 1992; Cullberg, Thoren, Abb, *et. al.*, 1999; Lehtinen, *et. al.*, 2000). Nesses estudos, ansiolíticos foram usados como a medicação primária, e preferiram-se doses baixas de neurolépticos. O fator de risco em estudos sem medicação foram as maiores taxas de recaída (Carpenter, 1997). Em experimentos com controle de placebo, as taxas de recaída foram cerca de 50%. Recentemente, foram feitas críticas a estudos enfatizando a importância da medicação neuroléptica (Jackson & Birchwood, 1996; Greenberg, 1999). Por exemplo, o resultado ocupacional depois de dois anos pode ser pior se uma medicação neuroléptica for usada, em comparação com o uso de um placebo (Lieberman, 1997; Jackson, McGorry & Dudgeon, 1995). Lieberman (1997) descobriu que 86% dos pacientes esquizofrênicos se recuperavam da psicose durante o primeiro ano, mas 78% deles recaíam pelo menos uma vez depois de uma melhora inicial. Ele recomendou que os pacientes fossem mantidos no mesmo regime de medicação antipsicótica por um período adicional.

Em estudos de resultados de tratamentos, a integração de diferentes métodos psicossociais tem sido enfatizada. Em um programa com pacientes psicóticos jovens, McGorry (1996; McGorry, *et. al.*, 1996; McGorry, *et. al.*, 1998), enfatizou que devem ser levados em consideração os elementos de saúde e de adaptação do paciente. Programas familiares psico-educacionais combinados com medicação têm se provado eficazes para pacientes esquizofrênicos que tiveram a primeira crise ou uma crise recente, durante a fase de estabilização do tratamento (Goldstein, 1996). Da mesma forma, treinamentos de habilidades cognitivas e terapias de comportamento cognitivo têm sido vistos como viáveis em situações psicóticas sérias (Mueser, Wallace & Liberman, 1995; Liberman, 1993; Eckman, *et. al.*, 1992; Liberman & Green, 1992; McFarlane, *et. al.* 1995; Wirsching, *et. al.*, 1992) e também com pacientes de difícil tratamento sem medicação (Kuipers, 1996). No entanto, uma redução na eficácia de treinamentos familiares de habilidades sociais e psico-educacionais

em relação a recaídas tardias vem sendo observada no segundo ano depois do fim desses programas (Hogarty, *et. al.*, 1997). Linszen, Dingemans, Scholte, Lenior e Goldstein (1998) não encontraram comprovação para o benefício geral de um programa familiar psico-educacional em comparação com o uso de terapia individual tradicional apenas. No acompanhamento posterior (Linszen, *et. al.*, 1998), o problema era o da interrupção do processo, o que causava recaídas em 64% dos casos. Enquanto a terapia pessoal voltada para o gerenciamento do descontrole emocional foi eficaz com pacientes que moravam com suas famílias; os pacientes que moravam sozinhos mostraram mais recaídas psicóticas (29%) e mais desistência prematura do tratamento (18%).

Como uma resposta às limitações dos programas de tratamento individual tradicionais, alguns pesquisadores propuseram abordagens mais voltadas para o lado social no tratamento da psicose. Por exemplo, o programa residencial aberto de Ciompi, *et. al.* (1992) dava a pacientes com esquizofrenia aguda psicoterapia, socioterapia e terapia ambiental em vez de uma farmacoterapia tradicional. O “Need-Adapted treatment” (tratamento adaptado às necessidades) de Alanen (1997; Alanen, *et. al.*, 1991; Lehtinen, 1993) integrava vários métodos psicoterápicos no mesmo programa. A necessidade de hospitalização em casos de primeiro episódio diminuiu, mas houve problemas de continuidade de tratamento entre os hospitais e os serviços externos (Lehtinen, 1993).

O DESENVOLVIMENTO DO DIÁLOGO ABERTO

A abordagem do Diálogo Aberto (DA) tem sua origem na tradição finlandesa da psicoterapia da esquizofrenia e, principalmente, no modelo “Need-Adapted” (38). Na Lapônia Ocidental, a ideia principal por trás do sistema de tratamento centrado na família e na rede social é organizar um gerenciamento psicoterápico para todos os pacientes dentro de suas próprias redes de apoio social (Seikkyla, *et. al.*, 1995). O mesmo procedimento é seguido em qualquer crise, independentemente do diagnóstico. Para implementar este sistema de tratamento, todos os membros da equipe, em um total de 100 profissionais (equipes tanto de pacientes internos quanto de pacientes externos), participaram ou de um programa de treinamento de terapia em família de três anos ou algum outro tipo de treinamento de psicoterapia. Uma qualificação de psicoterapeuta de acordo com a lei finlandesa foi obtida por 75% da equipe.

Este artigo descreve os resultados de um programa desenvolvido para pacientes psicóticos em primeiro episódio. O estudo é parte de um projeto multicentro nacional finlandês, a Abordagem Integrada para o Tratamento de Psicose Aguda (API) com um total de seis centros de pesquisa. O projeto vem sendo conduzido desde sua criação em 1992 pelo Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento de Bem-Estar e Saúde (STAKES), em conjunto com as Universidades de Jyväskylä e Turku. A Lapônia Ocidental, como um dos três centros, recebeu a tarefa de organizar um tratamento que minimizasse o uso de medicação neuroléptica (Lehtinen, *et. al.*, 1996).

O objetivo deste estudo foi avaliar os problemas e as perspectivas do DA na psicose em primeiro episódio comparando pacientes com resultados bons e ruins em um acompanhamento de dois anos. O primeiro objetivo foi identificar as variáveis relacionadas com ajuste pré-mórbido e processo de tratamento. O segundo objetivo foi analisar os meios terapêuticos empregados em cada tipo de caso, tendo como foco os sete princípios do DA descritos por Seikkula *et al.* (1992), brevemente resumidos na Tabela 1. Este estudo inclui uma análise qualitativa e estatística preliminar, que será seguida de uma análise processual mais aprofundada do diálogo envolvido.

MÉTODOS

Participantes

Todos os casos novos na região que satisfaziam os critérios do DSM-III-R de psicose esquizofrênica entre 1º de abril de 1992 e 31 de março de 1997 foram incluídos. O comitê de ética local deu permissão para o estudo. Foi pedida a todos os pacientes a permissão para a inclusão na pesquisa. No total, 90 pacientes começaram o tratamento. Cinco se recusaram a participar do estudo (quatro deles com diagnóstico de psicose reativa e um com diagnóstico de um tipo prodrômico de esquizofrenia), e dois tratamentos foram iniciados de acordo com princípios de outros tratamentos que não DA (diagnósticos de psicose esquizofrênica e psicose não especificada). Um desses tratamentos começou com psicoterapia individual durante três meses em uma clínica não incluída no projeto. Apesar de a família ter contatado a clínica local de pacientes externos, a paciente cometeu suicídio antes de a equipe ter a oportunidade de encontrá-la. Durante o período de dois anos de acompanhamento, três pacientes cometeram suicídio (dois casos com diagnóstico de esquizofrenia e um com psicose esquizofrênica). Todos estes últimos casos ocorreram durante o mesmo ano (1995) na mesma região do distrito (área de Kemi), onde, durante este ano em particular, a taxa de suicídio entre a população em geral da área foi três vezes maior do que a média. Todos os três pacientes tinham se recuperado dos sintomas psicóticos e estavam sob medicação neuroléptica continuada e fazendo psicoterapia individual. Em dois casos (com diagnóstico de psicose esquizofrênica e breve episódio psicótico), não foi possível realizar uma análise confiável dos sintomas psicóticos no acompanhamento e, portanto, eles foram excluídos. Este relatório se baseia em dados completos de 78 pacientes, dos quais 31 eram mulheres e 47 eram homens, com idade média de 26,5 anos, sem diferenças significativas entre homens e mulheres.

Procedimento

Durante as três primeiras semanas, os pacientes foram classificados com a Escala de Classificação Psiquiátrica Breve (BPRS) e com a Escala de Avaliação do Funcionamento Global (GAF). A gravidade dos sintomas psicóticos foi classificada com uma subescala de 5 pontos do instrumento de Strauss e Carpenter (1972) (0 = sem sintomas; 1 = sintomas leves o tempo quase todo ou moderados ocasionalmente; 2 = sintomas moderados por algum tempo; 3 = sintomas fortes por algum tempo ou moderados o tempo todo; 4 = sintomas fortes contínuos). As classificações e a análise da rede social dos pacientes foram repetidas na entrevista de acompanhamento de dois anos, que foi conduzida na presença tanto da equipe de tratamento quanto da família. Nessa entrevista, o tema principal foi o cumprimento dos sete princípios do DA (Tabela 1). Primeiro, o paciente e a família eram entrevistados; em seguida, a equipe fazia comentários sobre o que a família tinha dito e descrevia suas experiências; na fase final, os familiares opinavam sobre o que consideravam ser importante. Após a entrevista de acompanhamento, os autores BA e JS classificavam o cumprimento de cada princípio em uma escala de 0 a 3; 0 = cumprimento adequado; 1 = cumprimento majoritário, mas com pequenas exceções; 2 = cumprimento parcial; 3 = não cumprimento. Primeiro, ambos os autores faziam suas sugestões e depois um consenso era negociado.

Para que os objetivos do estudo fossem atingidos, dois grupos foram formados: (1) um grupo de Resultados Ruins (N=17), que consistia nos pacientes cuja fonte de renda era uma pensão por invalidez (n=13) ou com sintomas psicóticos residuais moderados ou mais severos (classificados como 2 ou 3 na escala de Strauss Carpenter, (n=4); e (2) o grupo de Resultados Bons (N=61), que consistia nos pacientes que estavam trabalhando, estudando ou procurando emprego, com nada além de sintomas psicóticos residuais leves (n=7). Portanto, a distinção teve como base critérios funcionais com implicações práticas para a qualidade de vida do paciente.

RESULTADOS

Análise estatística

Na Tabela 2, o ajuste pré-mórbido dos pacientes dos grupos com resultados bons e ruins foi comparado. Diferenças significativas surgiram na situação empregatícia e na qualidade da rede social antes da crise psicótica. Se os pacientes estivessem vivendo passivamente, sem procurar um emprego, eles tinham uma maior tendência a ter um resultado ruim depois de dois anos. Houve, no entanto, várias exceções. A maioria dos pacientes com um resultado ruim no acompanhamento de dois anos não tinha problemas em seu histórico ocupacional anterior à crise. Três dos pacientes que estavam vivendo passivamente na época da crise tiveram uma situação ocupacional melhor nos dois anos de acompanhamento.

Na crise, as classificações dos sintomas (GAF, BPRS; Tabela 3) não diferiram entre os pacientes dos dois grupos. Diferenças significativas surgiram na duração tanto dos sintomas psicóticos (DUP) quanto dos prodrômicos antes do tratamento. Todos os pacientes com resultados ruins tinham diagnóstico de psicose esquizofrênica ou esquizoafetiva ou de esquizofrenia.

O grupo de Resultados Ruins apresentou mais tendência a haver tido uma rede social pobre ou na crise sem mudanças durante o período de tratamento ou a mostrar um maior empobrecimento durante o período de dois anos (Tabela 4). Houve, no entanto, exceções a essa tendência geral. Três dos pacientes com resultados ruins demonstraram um desenvolvimento positivo em sua rede social e, por outro lado, 11 pacientes tiveram um bom resultado independentemente do empobrecimento de sua rede social. Após o acompanhamento de dois anos, entretanto, a qualidade da rede social parecia estar ligada aos processos de tratamento. Dois entre três pacientes com resultados ruins no acompanhamento de dois anos e com melhoras na qualidade de sua rede social tinham feito um progresso considerável antes do fim de cinco anos de acompanhamento.

Pacientes com resultados ruins foram hospitalizados por um período maior e tinham uma maior tendência a ter usado medicação neuroléptica. É um resultado notável, pois 57 pacientes (73,1%) não tinham usado medicação neuroléptica nenhuma, e destes pacientes apenas oito (14%) foram definidos como casos com resultados ruins. Desses oito pacientes que não estavam tomando neurolépticos, quatro haviam recusado tal medicação e nos outros quatro casos ela não havia sido considerada necessária porque os pacientes não tinham sintomas psicóticos graves.

Caso 1. Resultados bons e um processo de tratamento intensivo; sintomas psicóticos = 4 na crise; = 0 no acompanhamento.

O irmão gêmeo de Lisa havia sido trazido para os cuidados primários no fim de semana em seguida a uma tentativa de suicídio. Na manhã de segunda-feira, o médico da família entrou em contato com um psicólogo na clínica externa local de saúde mental. Ele organizou uma equipe que consistia, além dele, em uma enfermeira da clínica externa e em um médico e um psicólogo da clínica de crise do hospital. A equipe fez uma visita domiciliar no mesmo dia. Na primeira reunião estavam Lisa, a mãe, o pai, o irmão gêmeo e um irmão mais novo. Lisa começou a falar sobre suas teorias filosóficas pessoais e sobre seus delírios em que via pessoas com cabeça de touro. Os membros da equipe ouviram esse relato inesperado e começaram a conversar com Lisa e o resto da família. Eles ficaram surpresos, pois tinham a impressão de que haviam ido ajudar o irmão gêmeo de Lisa, mas a mãe contou que, em casa, os pais estavam preocupados com os dois filhos. Descobriu-se que os dois, de fato, eram gravemente psicóticos. Lisa havia voltado para casa um ano antes e os dois gêmeos haviam se isolado durante os quatro meses anteriores. Lisa vinha tendo sintomas psicóticos há 25 meses. Ela foi avaliada na crise como tendo uma rede social ruim.

As reuniões do tratamento foram organizadas diariamente no início e, durante os dois primeiros meses, nove reuniões foram organizadas juntas. As reuniões desenvolveram uma qualidade psicoterápica crescente e surgiram vários episódios de discussão reflexiva entre os membros da equipe. Na sexta e na sétima reuniões, Lisa demonstrou raiva e ódio em relação ao pai por causa das opiniões dela sobre o comportamento dele durante a infância dos filhos. Parecia que, pela primeira vez, tinha sido possível para ela encontrar palavras para descrever suas experiências difíceis com o pai.

No início do processo, o médico da família prescreveu neurolépticos, que Lisa tentou tomar em cinco ocasiões, mas acabou decidindo parar porque, como ela descreveu na entrevista de acompanhamento de dois anos: “O mundo ficava escuro e imóvel e não me sobrava nenhum pensamento”. Depois de dois meses, foi iniciada psicoterapia individual com um psicólogo membro da equipe de crise. Isso foi feito com um entendimento conjunto depois de ser proposto pela equipe. Os membros da equipe entenderam que, depois de passada a crise aguda, uma psicoterapia mais sistemática seria necessária. Durante essa fase, Lisa ainda tinha experiências psicóticas fortes ocasionalmente. Depois de seis meses, Lisa decidiu parar a psicoterapia, mudou-se de casa e não foi mais encontrada. Na entrevista de acompanhamento de dois anos, ela disse que tinha começado a estudar Filosofia e que não tinha mais sintomas psicóticos. Ela tinha decidido que ela mesma tinha que encontrar uma saída para seus problemas, e foi por isso que interrompeu a psicoterapia e se mudou. Também disse que percebeu que não era bom para ela viver perto da família, já que isso facilitava as brigas. Era melhor para ela viver sem muito contato com a família. Ela havia tido delírios psicóticos por cerca de seis meses depois de parar a psicoterapia, mas desde então os sintomas não haviam ocorrido novamente. Na entrevista de acompanhamento de cinco anos, ela disse ter feito uma pausa nos estudos. Estava trabalhando em período integral como faxineira havia três anos, estava casada e tinha planos de ter um bebê.

Os sete princípios haviam sido cumpridos de forma adequada. A primeira reunião havia acontecido imediatamente no mesmo dia do contato com o médico da família e a rede social mais próxima estava envolvida desde a crise, apesar de a motivação dos pais diminuir em seguida. A mesma equipe garantiu uma continuidade psicológica ao longo do processo, incluindo a mudança de sessões familiares para psicoterapia individual. O processo permitiu uma tolerância dos períodos incertos de conversas alucinatórias e do ódio que Lisa expressava em relação ao pai. Durante as várias fases críticas do processo, o diálogo foi criado e mantido. Isso já estava evidente na primeira reunião, na qual a equipe não teve como foco o diagnóstico da psicose, mas enfatizou a criação de um diálogo em que a família pudesse apresentar o problema do seu próprio jeito.

Caso 2. Resultados ruins, sintomas psicóticos fortes no acompanhamento; sintomas psicóticos = 4 na crise; = no acompanhamento.

Matti voltou para casa depois de um período de três anos empregado e contou que pessoas grampearam seu telefone e tentaram envenená-lo. Sua mãe o trouxe para a clínica de crise do hospital e pediu ajuda. Nesta época, no entanto, Matti foi muito coerente, disse que ele próprio tinha encontrado a solução para os seus problemas e rejeitou a visita domiciliar proposta para o dia seguinte. Ele foi avaliado como tendo uma rede social normal. Seus sintomas psicóticos haviam continuado por dois meses.

Um mês depois, um médico de família do centro de saúde local contatou a clínica de crise relatando que Matti tinha problemas psicóticos severos. Um intenso processo de discussão da crise com toda a família se iniciou, mas, durante esse processo, Matti praticamente parou de ter qualquer comunicação com o mundo exterior. Cinco meses depois, ele começou a se recusar a comer e, por ter desenvolvido uma infecção, foi hospitalizado por um mês. Foi iniciada uma medicação antidepressiva e, principalmente por causa do desejo da família, ele recebeu alta e voltou para casa, onde as reuniões do tratamento continuaram. Ele foi hospitalizado por 34 dias. Após um ano de tratamento, uma medicação neuroléptica foi prescrita. Depois de um ano e meio em uma situação de crise envolvendo a irmã, Matti melhorou de repente, começou dois cursos de treinamento ocupacional, um seguido do outro, e decidiu por vontade própria interromper a medicação. Logo em seguida, ele apresentou dificuldade de fala e comunicação limitada. As reuniões de tratamento eram organizadas a cada duas semanas ao longo de todo o período de acompanhamento. Um programa de reabilitação também foi planejado para ele. Este incluía, por exemplo, um curso de treinamento ocupacional de três meses, o qual ele cursou.

O tratamento de Matti foi o tempo todo difícil e não surgiu nenhuma concordância sobre o problema. Problemas consideráveis já existiam no momento da crise por causa do atraso de um mês depois da primeira reunião de tratamento na clínica. A medicação pareceu ajudar em um momento do tratamento, mas não permanentemente. O tratamento principal sempre foi um esforço intenso para se atingir um entendimento psicoterápico, mas sem sucesso. No todo, surgiram problemas no cumprimento de vários dos princípios DA. Tanto a ajuda imediata quanto a continuidade psicológica se tornaram problemáticas quando, depois da primeira reunião, a equipe não conseguiu motivar a família a fazer o tratamento. Talvez a equipe não tenha enxergado a gravidade da situação e percebido claramente a preocupação da mãe de Matti ainda na primeira reunião. Não havia flexibilidade de ambas as partes, pois desentendimentos entre a equipe e a família ocorriam com frequência, o que significava que mudanças abruptas no estado de Matti forçavam que providências

fossem tomadas em vez de se permitir que elas surgissem de um processo conjunto. À equipe permitiu que houvesse incerteza e compartilhou a decepção da família porque uma melhora no estado de Matti não foi alcançada, no entanto um processo dialógico não foi concretizado.

DISCUSSÃO

Com o propósito de desenvolver o DA, o objetivo deste estudo foi analisar os problemas envolvidos, comparando pacientes com resultados bons e ruins. Tanto dados estatísticos quanto qualitativos foram usados. O problema principal deste tipo de estudo é criar critérios precisos para resultados bons e ruins. No presente trabalho isso foi feito de uma forma pragmática: estudando-se o quão bem os indivíduos foram capazes de retornar a sua vida social ativa e em que extensão eles tiveram sintomas psicóticos residuais.

Estatisticamente, os resultados condisseram com os resultados de outros estudos atuais, com exceção do que diz respeito à importância da medicação neuroléptica. A situação empregatícia e a qualidade da rede social foram as características pré-mórbidas mais poderosas relacionadas a resultados ruins. Neste estudo, surgiram menos pacientes com resultados ruins (22%) em comparação a vários outros estudos (Gupta, *et. al.*, 1997). Isso pode ser resultado da orientação ativa para a rede social do paciente. Os pacientes foram encorajados a retornar à sua vida social ativa e seus contatos sociais foram apoiados.

O diagnóstico e a duração dos sintomas prodrômicos e psicóticos foram as características de status psicológico mais intimamente ligadas a resultados ruins. A média da duração da psicose não tratada (DUP) diminuiu para menos de quatro meses, como também foi o caso em alguns outros programas psicossociais avançados (McGorry, *et. al.*, 1996; McGorry, *et. al.*, 1998). Em si, esse já é um bom resultado, e pode se refletir na boa situação empregatícia depois de dois anos.

Pacientes com resultados ruins foram mais hospitalizados e tinham uma maior tendência a estar usando medicação neuroléptica. Isso isoladamente não serve como base para uma explicação causal, pois o tipo de pesquisa incluía os objetivos de, dentro do possível, evitar a hospitalização e minimizar a medicação neuroléptica. Neste tipo de estudo, a hospitalização e a medicação neuroléptica só deveriam ser usadas nos casos mais graves. É interessante, no entanto, notar que, na fase inicial do tratamento, os pacientes não diferiam na sintomatologia inicial (escala BPRS) e no funcionamento geral (escalas GAF), e que os pacientes com resultados bons realmente fizeram menos uso de medicação. A diferença básica consistiu na maior duração da sintomatologia pré-existente, o que torna o uso de neurolépticos mais fácil. Isso sugere que é possível que o tratamento iniciado sem neurolépticos possa promover resultados bons depois de dois anos, pressupondo-se um tratamento psicossocial adequado, como o que o DA proporciona. Os resultados sugerem que, no caso de um tratamento ativo centrado na família, o uso de medicação neuroléptica pode ser diminuído sem aumentar o risco de resultados ruins. São necessárias pesquisas futuras para se determinar se, no geral, o uso de medicação neuroléptica pode, em alguns casos, até mesmo aumentar o risco de uma situação empregatícia ruim e, portanto, de resultados ruins.

Na análise qualitativa de dois casos, pôde-se notar que as diferenças estatísticas encontradas, em si, não previam os resultados ruins. Na prática clínica, as diferentes variáveis têm um efeito co-evolucionário, portanto, apesar de suas limitações,

um processo de tratamento adequado pode ser iniciado, contanto que um diálogo construtivo entre a equipe, o paciente e sua rede social possa ser estabelecido (ver caso 1). Se a possibilidade de se iniciar um processo dialógico for mínima, o tratamento pode levar a resultados ruins, mesmo quando isso não é previsto pelo ajuste social e psicológico pré-mórbido (caso 2). O problema principal do DA parecia ser a organização de tratamento nos casos em que a família tinha poucas possibilidades de fazer uma descrição linguística de sua vida. Para ajudar famílias nessa situação, tanto novos métodos quanto análises da qualidade do diálogo nas reuniões de tratamento são necessários para desenvolver a habilidade da equipe de construir um diálogo. Este é um dos grandes objetivos de pesquisas futuras. Os princípios do DA parecem fornecer um conjunto útil de instruções para se analisar o processo de tratamento, apesar de que a adoção delas, por si só, não prevê o resultado.

REFERÊNCIAS

- Aguilar, E; Haas, G.; Manzanera, E; Hernandez, J.; Gracia, R.; Rodado, M. & Keshavan, M.** (1997). Hopelessness and first episode psychosis: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, p. 25-30.
- Alanen, Y.** (1997). *Schizophrenia. Its origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac Books, 1997.
- Alanen, Y.; Lehtinen, K.; Rääköläinen, V. & Aaltonen, J.** (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, p. 363-372.
- Barnes, T.R.; Hutton, R; Chapman, M.; Mutsatsa, B. & Joyce, E.M.** (2000). West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, p. 207-211.
- Bean, G.; Beiser, M.; Jiahui, Z.W. & Iacono, W.** (1996). Negative labeling of individuals with first episode schizophrenia: the effect of premorbid functioning. *Schizophrenia Research*, 22, 111-118.
- Caldwell, J. & Gottesman, L.** Schizophrenics kill themselves too. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-590, 1990.
- Carpenter, W.** (1997). The risk of medication-free research. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 11-18.
- Ciampi, L., Dauwalder, H-P; Maier, C. & Aebi, E.** (1992). The Pilot project “Soteria Bern”. Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*, 161 (Suppl 18), 145-153.
- Cullberg, J.; Thoren, G.; Abb, S.; Mesterton, A. & Svedberg, B.** (1999). Integrating intensive psychosocial and low dose medical treatment in a total material of first episode psychotic patients compared to “treatment as usual” A 3-year follow-up.” In: Martindale, B.; Bateman, T.; Crowe, M.; Margison, E. (org.) *Outcome studies in psychological treatments of psychotic conditions*. London: Gaskell Press.
- Dworkin, R.; Green, S.; Small, N; Warner, MC Ornlatt, B. & Erlernmeyer-Kimling, L.** (1990). Positive and negative symptoms and social competence in adolescents at risk for schizophrenia and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1234- 1236.
- Eckman, T.; Wirsching, W.; Marder, S., Liberman, R.; Johnston-Cronk, K.; Zimmerman, K. & Mintz, J.** (1992). Technique for training schizophrenia patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.

- Erickson, D.; Beiser, M.; Iacono, W.; Fleming, J. & Lin, T.** (1989). The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1456-1461.
- Goldstein, M.** (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 11(Suppl 18), 77-83.
- Greenberg, R.** (1999). Common psychosocial sorters in psychiatric drug therapy. In: Hubble, M.; Duncan, B.; Miller, S.D. (org.) *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Gupta, S.; Andreasen, N.; Arndt, S. & Flaum, M.** (1997). The Iowa longitudinal study of recent onset schizophrenia: One-year followup of first episode patients. *Schizophrenia Research*, 23 (1),1-13.
- Hogarty, G.; Kornblith, S.; Greenwald, D.; Dibarry, A.; Cooley, S.; Ulrich, R.; Carter, M. & Flesher, S.** (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*. 154, 1504-1513.
- Jackson, C. & Birchwood, M.** (1996). Early intervention in psychosis: Opportunities for secondary prevention.” In: *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 487-502.
- Jackson, H.; McGorry, P. & Dudgeon, P.** (1995). Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode psychosis: Prevalence and specificity. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 241-250.
- Johnstone, E.; Frith, C. Crow, Ds Owen, D.; Done, D.; Baldwin, E. & Charlette, A.** (1992). The North Park Functional Psychosis Study: Diagnosis and outcome? *Psychological Medicine*, 22, 331-346..
- Johnstone, E.; MacMillan, E; Frith, Gi Benn, D. & Crow, D.** (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episode. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182-189.
- Kuipers, E.** (1996). The management of difficult to treat patients with schizophrenia, using non-drug therapies. *British Journal of Psychiatry*, 169 (Suppl.31), 41-51.
- Larsen, T.K.; Johannessen, J.O. & Opjordsmoen, S.** (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis: Pathways to care. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl.33), 45-52. 1998.
- Lehman, A., Steinwachs et al.** (1998). At issue: Translating research into practice: The schizophrenia patient outcome research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1-10.
- Lehtinen, K.** (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: A five year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 87, 96-101.
- Lehtinen,V.; Aaltonen, J.; Koffert, T.; Rakkolainen, V. & Syvalahti, E.** (2000). Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-20.
- Lehtinen,V.; Aaltonen, J.; Koffert, T.; Rakkolainen, V.; Syvalahti, E. & Vuorio, K.** (1996). Integrated treatment model for firstcontact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*. 50, 281-287.
- Lieberman, J.** (1997). Factors that influence the outcome of first-episode schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry Monographs*, 15, 2-5.
- Liberman, R.** (1993). Designing new psychosocial treatments for serious psychiatric disorders. *Psychiatry*, 56, 237-249.

- Liberman, R. & Green, M.** (1992). Whither cognitive-behavioral therapy?. *Schizophrenia Bulletin*, 18, p. 27-55.
- Linszen, D.H.; Dingemans, P.; Scholte, W.; Lenior, M. & Goldstein, M.** (1998). Early recognition, intensive intervention and other protective and risk factors for psychotic relapse in patients with first psychotic episodes in schizophrenia. *International-Clinical-Psychopharmacology*, 13 (Suppl. 1), S7-S12.
- Linszen, D.H.; Lenior, M.; De Haan, L.; Dingemans, P. & Gersons, B.** (1998). Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl.33), 84-89.
- Loebel, A; Lieberman, J.; Alvir, J.; Mayerhoffer, D.; Geisler, S. & Szymanski, S.** (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- McFarlane, W.; Link, B.; Dushay, R., Matchal, J. & Crilly, J.** (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, p. 127-144.
- McGorry, P.** (1996). Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*, 58, 313-328.
- McGorry, P; Edwards, J.; Mihalopoulos, C.; Harrigan, S. & Jackson, H.** (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-325.
- McGorry, P; Henry, L.; Maude, D. & Phillips, L.** (1998). Preventively orientated psychological intervention in early psychosis. In: Perris, C. & McGorry, P. (org.) *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders. Handbook of theory and practice.* John Wiley&Sons.
- Meeks, S. & Murrell, S.** (1994). Service providers in the social network of clients with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 399-406.
- Mueser, K.; Wallace, C. & Liberman, R.** (1995). New developments in social skills training. *Behaviour Change*, 12(1), 31-40.
- Scottish-schizophrenia-research-group.** (1992). The Scottish first episode schizophrenia study: VIII. Five-year follow-up: Clinical and psychosocial findings. *British Journal of Psychiatry*, 161, 496-500.
- Seikkula, J.** (1991). Family-hospital boundary system in the social network. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80.
- Seikkula, J; Aaltonen, J.; Alakare, B.; Haarakangas, K.; Keranen, J. & Sutela, M.** (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In: Friedman, S. (org.) *The Reflective process in action.* New York: Guilford Publication.
- Seikkula, J.; Alakare, B. & Aaltonen, J.** (2001). Open dialogue in first-episode psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*.
- Strauss, J.S. & Carpenter, W.** (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-746.
- Wirsching, W.; Marder, S.; Eckman, T.; Liberman, R. & Mintz, J.** (1992). Acquisition and retention of skills training methods in chronic schizophrenic outpatients. *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 241-245.
- Yung, A.; Phillips, L.; McGorry, B; Hallgren, M.; Mcfarlane, C.; Jackson, H.; Francey, S. & Pattor, G.** (1998). Can we predict the onset of first episode psychosis in a high-risk group? *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (suppl 1), p. S23-S30.