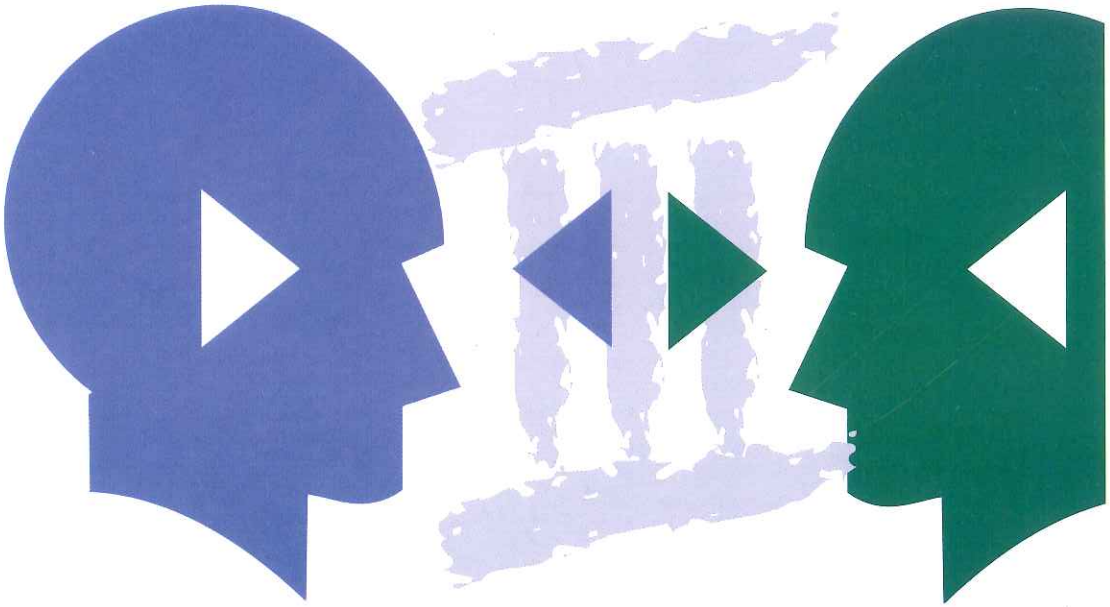


III Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas

De 26 a 28 de julho de 2001

Centro de Convenções Rebouças

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 23

São Paulo - SP - Brasil

PROGRAMA E ANAIS

ÍNDICE

RESUMOS

COMMUNITY PSYCHIATRY AND THE DELIVERY OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT 9

TRANSTORNO DE PÂNICO 9

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA
E SOMATIZAÇÃO TRANSTORNO DE PÂNICO 10

ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E ANSIEDADE:
UMA ABORDAGEM NOSOLÓGICA 10

USO DE PSICOTERAPIAS PARA O TRATAMENTO
DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA 11

ABORDAGEM COMPORTAMENTAL COGNITIVA 11

HIPERTENSÃO E STRESS:
AVALIAÇÃO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS * 11

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER (OCD)
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS 11

CURSO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA 12

INSÔNIA PSICOFISIOLÓGICA: QUADRO CLÍNICO E
TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL 13

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: UMA VISÃO COGNITIVA 13

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ENTRE DEPRESSÃO E DEMÊNCIA NO IDOSO 13

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA DOENÇA DE ALZHEIMER 13

TERAPIA COGNITIVA NA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA
SOLUÇÃO DE PROBLEMAS 14

TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS
PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES 14

TERAPIA COGNITIVA E/OU COMPORTAMENTAL? 15

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA 15

UNIDADE DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HCFMUSP 15

USING COGNITIVE BEHAVIOUR
THERAPY WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS 16

SETOR DE NEUROPSICOLOGIA
E REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA 16

TERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL
ATRAVÉS DA ARTETERAPIA 17

GRUPO PARA PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL 19

DOR CRÔNICA, TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM 21

COGNIÇÕES E SUA FUNÇÃO COMO ESTRESSORES
INTERNOS EM HOMENS E MULHERES 25

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE LESÃO
CEREBRAL ADQUIRIDA-CPN-UNIFESP/EPM 25

O MODELO COGNITIVO DA FOBIA SOCIAL 27

STRESS EMOCIONAL: A CONTRIBUIÇÃO DE ESTRESSORES INTERNOS E EXTERNOS 29

TEXTOS COMPLETOS

PROGRAMA DE TREINAMENTO À DISTÂNCIA PARA TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO PÂNICO E AGORAFOBIA 32

"LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE EL ENFOQUE POSRACIONALISTA" 37

TERAPIA COGNITIVA: ABORDAGEM PARA O MANEJO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR 41

TERAPIA COGNITIVA CONTRUTIVISTA* 42

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E CEFALÉIAS 44

TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL PARA HIPOCONDRIA 46

PÔSTERES

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA APLICADA AO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: ESTUDO DE CASO 49

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA APLICADA ÀS DOENÇAS GASTRINTESTINAIS FUNCIONAIS: AVALIANDO UM CASO CLÍNICO DE FLATULÊNCIA 49

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA APLICADA AO TRATAMENTO DE TRANSTORNO SOMATOFORME: DISCUTINDO UM CASO CLÍNICO DE VÔMITO PSICOGÊNICO 49

DISCUTINDO O ENSINO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA NA UNIVERSIDADE BRASILEIRA: RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA 50

A DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OS PREJUÍZOS COGNITIVOS 50

ANÁLISE DE UM COMPORTAMENTO DE EVITAÇÃO 50

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NA BULIMIA NERVOSA 51

STRESS INFANTIL: PRINCIPAIS SINTOMAS EM PRÉ-ESCOLARES 51

EFEITOS DO TREINO DE CONTROLE DO STRESS ESPECIFICO EM MULHERES 51

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UM QUESTIONÁRIO PARA PROFESSORES DESTINADO À AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR 52

ARTE TERAPIA: UM RECURSO PARA O PACIENTE COM LESÃO CEREBRAL 52

IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E MODIFICAÇÃO DE CRENÇAS E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS EM JOVEM COM DISTÚRBIO DE ANSIEDADE E COMPORTAMENTOS DEPENDENTES 52

INFLUÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE NA APRENDIZAGEM 53

HIV/AIDS, METÁFORAS & DIMENSÃO TRANSCENDENTAL 53

GRUPOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM OBESIDADE INFANTIL* 53

OS COMPONENTES COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS DA ASSERTIVIDADE, EMPATIA E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS 54

OS ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS E O TRATAMENTO DO ALCOOLISMO 54

PLANTÃO PSICOLÓGICO 54

NARRATIVAS COMO EXPRESSÃO DA CONSTRUÇÃO DE SENTIDO DE VIDA - E TERAPIA COGNITIVAS NARRATIVA 55

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

Dia 26/07/01 - Quinta-feira
08:00 : Recepção e Inscrições
08:30 - 11:30 : Cursos
11:30 -13:00 : Almoço
13:00- 16:00: Cursos

Anfiteatro Verde
Curso I: Terapia Cognitiva Construtivista
Coordenador: Cristiano Nabuco de Abreu
Professores: Cristiano Nabuco de Abreu, Miréia Roso e Luciane Gonzalez
Idioma: Português

Anfiteatro: Havana
Curso II: Introdução à Terapia Cognitiva
Coordenador: Paulo Knapp
Professores: Paulo Knapp, Margareth Oliveira, Melanie Pereira, Renato Caminha, Ricardo Wainer
Idioma: Português

Anfiteatro Coral
Curso III: Reabilitação Cognitiva e Neuropsicológica em Pacientes Neuropsiquiátricos
Coordenadora: Psicóloga Cândida Pires de Camargo
Professores: Eliane Miotto, Anita Taub, Paula Gouveia, Daniel Fuentes, Maria Fernanda Gouveia da Silva, Sancler Lopes de Andrade, Renata Ávila, Ana Maria Alvarez
Idioma: Português

Grande Auditório
Curso IV: Terapia Comportamental Cognitiva das Psicoses
Coordenador: Hélio Elkis
Professores: Elizabeth Kuipers - Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres
Márcia Scazufca (São Paulo)
Idioma: Inglês com versão para o português

Anfiteatro do Instituto de Psiquiatria - Hospital das Clínicas da FMUSP
Curso V: Aprendendo Psicopatologia Através da Arte
Professores: Andréia Marques, Luciana Siqueira, Renata Telles, Francisco Lotufo Neto, Simone Machado Castilho
Idioma: Português

Anfiteatro Amarelo
Curso VI: Terapia Comportamental Cognitiva na Infância e Adolescência
Coordenadores: Ana Regina Castillo, Fernando Asbahr.
Professores: Isobel Heyman e Ian Frampton - Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres
Idioma: Inglês com versão para o português

Anfiteatro Vermelho
Curso VII: Psiquiatria Comunitária
Professores: Dr. Paul Bebbington - Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres
Paulo Rossi Meneses - (São Paulo)
Idioma: Inglês com versão para o português

PROGRAMAÇÃO DO CONGRESSO

Dia 27/07/01 - (Sexta-feira) - Grande Anfiteatro

07:30 - Recepção e Inscrições

08:15 - Abertura oficial do Congresso

08:30 - Conferência - Terapia Comportamental Cognitiva das Psicoses
Presidente: Márcia Scazufca (São Paulo)
Conferencista: Elizabeth Kuipers (Universidade de Londres)
Idioma: Inglês com versão em Português

09:30 - Conferência - A Terapia Comportamental Cognitiva na Psiquiatria Comunitária (40')
Presidente: Fabiana Vieira Gauy (Goiânia)
Conferencista: Dr. Paul Bebbington (Universidade de Londres)
Idioma: Inglês

10:30 - Intervalo para o café

11:00 - Mesa Redonda - Terapia Cognitiva nos Transtornos Ansiosos (20')
Presidente: Tito Paes de Barros Neto (São Paulo)
Transtorno de Pânico - Ligia Ito (São Paulo)
Ansiedade Generalizada - Helene Shinohara (Rio de Janeiro)
Estresse pós-traumático - Renato Caminha (Porto Alegre)

12:30: Almoço/ Sessão Pôster - Salão de Exposições

13:30 - Conferência - Transtorno Obsessivo - Compulsivo na Infância e na Adolescência
Presidente: Fernando Asbahr (São Paulo)
Conferencista: Isobel Heyman (Universidade de Londres)
Idioma: Inglês com versão em Português

14:30 - Conferência - Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo para Crianças com Transtornos Ansiosos - Evidências e Exemplos
Presidente : Bacy Fleitlich (São Paulo)
Conferencista: Ian Frampton (Instituto de Psiquiatria - Universidade de Londres)
Idioma: Inglês com versão em Português

15:30 - Intervalo para café

16:00 - Mesa Redonda - Terapia Cognitiva na terceira idade (20')
Presidente: Benéria Yace Donato
Claudia Drucker (São Paulo)
TCC em Grupo para idosos - Flavia Simon (São Paulo)
Paula Ventura - (Rio de Janeiro)

17:30 - Reunião da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas
Anfiteatro do Primeiro Andar do Instituto de Psiquiatria

27/07/01 - (Sexta-feira) - Anfiteatro Amarelo

08:30 - Conferência - Terapia Comportamental Cognitiva e Exclusão Social
Presidente: Rosângela A. Cassiolato (São Paulo)
José Ferreira Belisário Filho (Belo Horizonte)

09:30 - Mesa Redonda - Terapia Cognitiva Construtivista (20')
Presidente: Cristiano Nabuco de Abreu (São Paulo)
Cristiano Nabuco de Abreu (São Paulo)
Miréia Roso (São Paulo)

10:30 - Intervalo para café

11:00 - Mesa Redonda - Transtornos Alimentares (20')
Presidente: Priscila M. Pires da Frota (Goiânia)
Aspectos Cognitivos da Imagem Corporal - Simone Mancini Castilho (São Paulo)
Adaptações da TCC para Anorexia Nervosa em pré-adolescentes - Bacy Fleitlich (São Paulo)
TCC do paciente com Bulimia Nervosa - Daniel Boleira Guimarães (São Paulo)

12:30 - Almoço - Sessão Pôster - Salão de Exposições

13:30 - Conferência - Fobia Social (45')
Presidente: Luciana Toledo Bernardes da Rosa (São José do Rio Preto)
Tito Paes de Barros Neto (São Paulo)

14:30 - Mesa Redonda - Novas maneiras de fazer Terapia Cognitiva
Presidente: Luciana Toledo Bernardes da Rosa (São José do Rio Preto)
Terapia Cognitiva Sistêmica - Zenon Lotufo Jr. (São Paulo)
Novos recursos tecnológicos e o trabalho com adolescentes - Antônio Frota (Goiânia)

15:30 - Intervalo para café

16:00 - Mesa Redonda - Modelos Cognitivos nos Transtornos Ansiosos e Afetivos (20')
Presidente: Simone Grzebieniak de Oliveira (São Paulo)
TCC na depressão de difícil tratamento - Cristiana Vallias Oliveira Lima (São Paulo)
Tratamento da depressão secundária no paciente oncológico - Admar Cardoso (Belo Horizonte)

27/07/01 - (Sexta-feira) - Anfiteatro Vermelho

08:30 - Mesa Redonda - Processo de Mudança e a Terapia Cognitiva Construtivista
Presidente: Raphael Cangelli Filho (São Paulo)
Luciane Gonzalez (São Paulo)
Alvaro Duran (São Paulo)

09:30 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva na Infância (20')
Presidente: Cristiana Vallias de Oliveira Lima (São Paulo)
Transtornos Ansiosos - Ana Regina Castillo (São Paulo)
Regina Bastos (Juiz de Fora)

10:30 - Intervalo para café

11:00 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva no Hospital - A Importância do Profissional de Enfermagem (20')
Presidente: Gilberto Prates (São Paulo)
O paciente com dor crônica - Cibele Andrucioli de Matos Pimenta (São Paulo)
Grupo para tratamento de estresse -Eliane Corrêa Chaves (São Paulo)
TCC na enfermaria psiquiátrica - Maria Aparecida Ranieri (São Paulo)

12:30 - Almoço - Sessão Pôster - Salão de Exposições

13:30 - Mesa Redonda - Abuso e Dependência de Substâncias (15')
Presidente: Margareth Silva de Oliveira (Porto Alegre)
Dependência de Drogas - Paulo Knapp (Porto Alegre)
Tabagismo - Montezuma Pimenta Ferreira (São Paulo)
Controle do Alcoolismo - Francisco Rodrigues (Natal)

14:30 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva e Saúde
Presidente: Rosana Maria Garcia (São José do Rio Preto)
O paciente com cefaléia -Ângela Fernandes (São Paulo)
Grupo para pacientes com Hipertensão Arterial - Nágela Valadão Cade (Vitória)

15:30 - Intervalo para o café

16:00 - Mesa Redonda - Tratamento dos Transtornos de Personalidade
Presidente: Débora Pastore Bassit (São Paulo)
Marcos Rogério (João Pessoa)
Melanie Ogliari Pereira (Porto Alegre)
Simone da Silva Machado (Porto Alegre)

28/07/2001 - (Sábado) - Anfiteatro Amarelo

08:00 - Conferência Especial (40')
Presidente - Simone Machado (Porto Alegre)
Terapia de Casais - Myrian Vallias de Oliveira Lima (São Paulo)

09:00 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva para o Transtorno Bipolar
Presidente: Maria da Glória S. Vieira (Recife)
Grupos de auto ajuda - Adriano Persone Prestes de Camargo (São Paulo)
Terapia Cognitiva - Abordagem para o manejo do Transtorno Bipolar - Mário F. Juruena (Porto Alegre)
Terapia em grupo - Priscila Derdyk (São Paulo)

10:30 - Intervalo para café

11:00 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva na Enfermaria Psiquiátrica (15')
Presidente: Simone Mancini Castilho (São Paulo)
Higiene do Sono - Juliana Yacubian (São Paulo)
Solução de Problemas - Andréa Scalco (São Paulo)
Psicoeducação - Hildeberto Tavares (São Paulo)

12:00 - Almoço - Sessão Pôster - Salão de Exposições

13:00 - Conferência - Como trabalho com Terapia Cognitiva Construtivista (45')
Presidente: Francisco Rodrigues (Natal)
Darci Corazza (São Paulo)

14:00 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva para Transtorno Obsessivo-Compulsivo
Presidente: Fernando Asbahr (São Paulo)
Kátia Cristina Lima de Petribú (Recife)
Maria Cláudia M. Bravo (São Paulo)
Maria Angelita Baltieri (Piracicaba)

15:30 - Intervalo para café

16:00 - Mesa Redonda - Terapia Cognitiva Construtivista - Outras Contribuições
Presidente - Ivana Lia Ledo Rios Costa (Belo Horizonte)
Terapia Cognitiva Narrativa - Eliana Arruda (São Paulo)
Terapia Cognitiva Pós-Racionalista - Mateo Ferrer (Chile)

28/07/01 - (Sábado) - Anfiteatro Vermelho

08:00 - Conferência - Tratamento da Depressão - A Integração com a Farmacoterapia (40')
Presidente: Hélio Elkis (São Paulo)
Conferencista: Irismar Reis de Oliveira (Salvador)

09:00 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva e Somatização (20')
Presidente - Sérgio de Barros Cabral (São Paulo)
Hipocondria Manoel José Simão (São Paulo)
Transtorno de Pânico - Andréa Machado Vianna (São Paulo)
O paciente com cardiopatia - Sílvia Ismael (São Paulo)

10:30 - Intervalo para café

11:00 - Mesa Redonda - Ensino e Pesquisa em Terapia Cognitiva (5')
Presidente: Paulo Knapp - (Porto Alegre)
Marilda Lipp (Campinas)
Cristiano Nabuco de Abreu (São Paulo)
Regina Wielenska (São Paulo)
Bernard Rangé (Rio de Janeiro)
Admar Cardoso (Belo Horizonte)
Simone Machado - (Porto Alegre)
Mariângela Savoia (São Paulo)

12:00 - Almoço - Sessão Pôster - Salão de Exposições

13:00 - Conferência (45')
Presidente: Neri Piccoloto (Porto Alegre)
Terapia Comportamental Cognitiva na Clínica Médica - Lígia Ito (São Paulo)

14:00 - Mesa Redonda - Insônia Psicofisiológica: Quadro Clínico e Tratamento Cognitivo-Comportamental
Presidente: Mauro Guz (São Paulo)
Flávio Aloe (São Paulo)
Stella Márcia Azevedo Tavares (São Paulo)

15:30 - Intervalo para café

16:00 - Mesa Redonda - Promoção de Saúde
Presidente : Silvia Ismael (São Paulo)
Estresse - Marilda Novaes Lipp (Campinas)
Hipertensão Arterial - Lúcia Emmanuel Novaes (Rio de Janeiro)
Promoção de Saúde - Leticia Gaspar Tunala (São Paulo)

28/07/01 - (Sábado) - Anfiteatro Coral

8:00 - Conferência - Teorias Lingüísticas no Entendimento de Diálogos Psicoterápicos
Presidente: Juliane Perez (São Paulo)
Ricardo Wainer (Porto Alegre)

9:00 - Discussão de Vídeo - Tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo
Presidente Ana Hounie
Apresentador: Irismar Reis de Oliveira (Salvador)
Debatedoras: Ana Hounie (São Paulo)
Melanie Ogliari Pereira (Porto Alegre)

10:30: Intervalo para café

11:00 - Conferência - Estresse Pós-traumático
Miréia C. Roso

12:00 - Almoço - Sessão Pôster - Salão de Exposições

13:00 - Mesa Redonda - Fobia Social (20')
Presidente: Fabiana Vieira Gauy (Goiânia)
Mariangela Savoia (São Paulo)
Eliane Falcone (Rio de Janeiro)

14:00 - Conferência - Processos de Mudança em Terapias Cognitivas (45')
Presidente: Mariângela Gentil Savoia
Simone da Silva Machado (Porto Alegre)

15:30 - Intervalo para café

16:00 - Conferência - Intervenção Motivacional em Alcoolistas (45')
Presidente: José Ramos Castillo (São Paulo)
Margareth da Silva Oliveira (Porto Alegre)

Dia 28/07/01 - (Sábado) - Grande Anfiteatro

08:00 - Conferência Especial - (45')
Presidente: Paulo Knapp (Porto Alegre)
Augusto Zagmutt - (Chile)

09:00 - Mesa Redonda - Pesquisa e Terapias Cognitivas na América Latina (15')
Presidente: Mario Juruena (Porto Alegre)
Augusto Zagmutt - (Chile)
Bernard Rangê (Rio de Janeiro)
Renato Caminha (Porto Alegre)

10:30 - Intervalo para café

11:00 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental e/ou Cognitiva? (20')
Presidente: Cristiana Vallias de Oliveira Lima - (São Paulo)
Lígia Ito - (São Paulo)
Hélio Guilhardi - (Campinas)
Helene Shinohara - (Rio de Janeiro)

12:00 - Almoço - Sessão Pôster - Salão de Exposições

13:00 - Conferência - Terapia Comportamental Cognitiva do Transtorno de Pânico e Agorafobia (45')
Presidente - Luis Vicente Figueira de Mello (São Paulo)
Bernard Rangé (Rio de Janeiro)

14:00 - Mesa Redonda - Terapia Comportamental Cognitiva e sua Interface com as Neurociências (20')
Presidente - Márcio A. Bernik - (São Paulo)
José Carlos C. da Silveira - (Belo Horizonte)
Guilherme Messas - (São Paulo)
Pedro Lima - (Porto Alegre)

15:30 - Intervalo para café

16:00 - Mesa Redonda - Terapias Cognitivas e Outras Psicoterapias (15')
Presidente: José Ferreira Belisário Filho (Belo Horizonte)
Debatedores: José Ferreira Belisário Filho (Belo Horizonte)
Cristiano Nabuco de Abreu (São Paulo)
Psicanálise - Jorge Volney Amaro (São Paulo)
Análise Jungiana - Carmem Santana (São Paulo)
Arteterapia - Marcelo da Rocha Carvalho (São Paulo)

17:30 - Premiação dos melhores pôsteres

17:45 - Encerramento

RESUMOS

COMMUNITY PSYCHIATRY AND THE DELIVERY OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT

Paul Bebbington
Professor of Social & Community Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioural Sciences. Royal Free and University College Medical School, University College London
Honorary Consultant Psychiatrist, Camden and Islington Community Health Services NHS Trust

Most people with psychiatric problems live in the community, and this applies equally to wealthy industrialised nations and to developing countries. People with severe mental disorders have in the past been segregated in large mental hospitals in many countries. However, this has changed: community psychiatry as usually conceived, is about providing services to people with severe mental illness (SMI) who in an earlier time would have spent all or a major part of their time in a large mental hospital. There are many aspects of the management of SMI that need to be considered in order to ensure that the people who suffer from it get the best possible service. Much of the research in the area is devoted to the structures and styles of working that maximise the chance of effective community tenure and quality of life. While the best structures are likely to differ from place to place according to the social context, there is no doubt that a changing emphasis on the dignity of patients and of their informal carers helps effective treatment.

Service structure is however only about delivery systems and does not address the nature of what it is that must be delivered. In the past, the content of these services has comprised emotional and practical support, with various techniques for enhancing compliance with medication. In other words, a limited ambition. Two types of treatment are likely to improve the quality of services for SMI. The first is intervention with whole families, in a manner that has been demonstrated to improve outcomes for patient. The second, which emphasises an approach to patients that takes them and their psychotic experiences seriously is that of cognitive behaviour therapy. The effectiveness of both these treatments has been demonstrated in randomised controlled trials.

In the lecture, I will present the results of a meta-analysis of the effectiveness of these techniques. In the workshop, I will explore the extent to which these techniques can be incorporated into the ordinary work of an adequately resourced community mental health team, and how the principles that underpin these techniques can colour the relationship between care-workers and patients even when the full treatment is unavailable.

TRANSTORNO DE PÂNICO

Lígia Montenegro Ito

O modelo cognitivo-comportamental do transtorno de pânico com agorafobia (TPA) procura integrar os conhecimentos adquiridos das abordagens biológica e sócio-psicológica. O ataque de pânico é uma reação de alerta do organismo, desencadeado em situações que o indivíduo considere ameaçadoras. Pode ocorrer sem causa aparente, por um motivo biológico, mas em uma pessoa com predisposição a ter reações ansiosas, esses ataques podem ficar condicionados a desencadeantes externos (locais ou situações) ou internos (pensamentos ou sensações corporais). Na vigência de um ataque de pânico, a pessoa pode avaliá-lo negativamente, como um sinal de perigo iminente (morte, de estar ficando louca ou perdendo o controle), o que gera um aumento da ansiedade, dos sintomas físicos e das antecipações catastróficas. A pessoa fica apreensiva, hipervigilante, antecipa os sinais de que um novo ataque irá acontecer, podendo apresentar comportamentos de esquiva e fobias, evitando situações onde acha que poderá ter o ataque novamente, lugares de onde fugir ou escapar possa ser difícil, ou sair ou ficar sozinho, ou em condições onde não possa receber ajuda imediata em caso de necessidade.

A terapia cognitivo-comportamental do TPA é composta por um conjunto de abordagens que são utilizadas de forma integrada: aquelas que auxiliam o paciente a enfrentar a ansiedade (relaxamento e técnicas cognitivas), a terapia de exposição aos estímulos desencadeantes dos ataques de pânico: externos, cognitivos e interoceptivos e a reestruturação cognitiva (Craske e Barlow, 1993; Lotufo-Neto e Ito, 1997).

O tratamento é breve e focaliza os ataques de pânico e a esquiva fóbica. Em geral, é programado para durar cerca de 15 a 20 sessões semanais. Tarefas de casa são fundamentais para que o paciente aprenda a lidar com a ansiedade e com os desencadeantes dos ataques de pânico. Outros problemas pessoais podem ser abordados rapidamente, mas se necessitarem de maior tempo deverão ser encaminhados para uma psicoterapia mais abrangente.

A primeira etapa da terapia consiste da avaliação onde todos os componentes do transtorno de pânico devem ser caracterizados: duração, freqüência e principalmente os seus desencadeantes (fatores de estresse, situações específicas, pensamentos ansiogênicos e sensações corporais), os ataques de pânico limitados, a ansiedade antecipatória, a esquiva fóbica. A presença de depressão, a necessidade de medicação antidepressiva e o manejo de tranqüilizantes, devem também ser avaliados.

Na primeira sessão, detalhes sobre a doença e tratamento são apresentados ao cliente, explicando-se a finalidade de cada uma das técnicas. O paciente recebe treino de relaxamento e de controle da respiração para lidar com a ansiedade. A seguir ele é estimulado a confrontar os estímulos desencadeantes dos ataques de pânico, através de exercícios de imaginação das situações ansiogênicas específicas do paciente. A exposição e o uso das técnicas de enfrentamento ajudam a reduzir a freqüência e intensidade da ansiedade antecipatória relacionada aos ataques de pânico. Quando o paciente estiver dominando estas técnicas, passa-se para a a exposição interoceptiva seguida da exposição ao vivo.

Na exposição interoceptiva tenta-se reproduzir as sensações físicas que desencadeiam ou acompanham o ataque de pânico. O modo mais fácil de provocá-las, é através da hiperventilação e de exercícios como girar em uma cadeira, segurar a respiração com o tórax cheio de ar, esvaziar o tórax e cruzar os braços ao seu redor, contraindo os músculos para dentro, correr sem sair do lugar, evocando pensamentos catastróficos durante os mesmos. Pede-se para o paciente praticar um exercício por alguns segundos, até a ocorrência de uma sensação física acompanhada de medo, e aguardar até que tal sensação desapareça. Esse exercício deve ser praticado inicialmente na presença do terapeuta e depois, como tarefa de casa. A finalidade deste tipo de exposição é treinar o paciente a enfrentar os sintomas, de forma controlada, para que ele esteja apto a lidar com uma crise de ansiedade, quando estas ocorrerem nas diversas situações.

A terapia de exposição ao vivo é essencial no tratamento. Consiste no permanecer em contato por tempo prolongado nas situações temidas até que a ansiedade diminua de maneira significativa ou cesse. Deve ser planejada, repetida sistematicamente e a atenção deve estar voltada para o exercício. Estimula-se a auto-exposição, embora nas primeiras vezes, o paciente possa ser acompanhado por um familiar ou amigo. É importante que o paciente perceba que a exposição é o instrumento mais poderoso que dispõe para reduzir seus medos.

Durante todo o tratamento o paciente deve a anotar a ocorrência dos ataques de pânico e de pensamentos associados, de maneira sistemática, para facilitar a identificação de estímulos e situações desencadeantes. Ensina-se ao paciente, como os pensamentos e a conversa consigo próprio pode influenciar negativamente suas emoções (Beck e Emery, 1985) e que essas distorções do pensamento podem ser corrigidas. Define-se pensamentos negativos automáticos e ensina ao paciente como identificá-los e monitorá-los. Em seguida, o paciente é orientado a analisar seus pensamentos não como fatos, mas como hipóteses ou teorias a serem testadas.

Na reestruturação cognitiva o paciente aprende a questionar seus pensamentos, detectando os principais erros de lógica cometidos. Os mais freqüentes são, chegar a conclusões sem evidências, fazer uma previsão baseado num número limitado de eventos, confundir certeza com probabilidade e pensar em termos de tudo ou nada. O paciente deve reconhe-

cer que estes pensamentos não são realistas, geram mal estar e que existem alternativas e avaliações intermediárias para os mesmos. A discussão detalhada dos fatores temidos também permite a exploração de medidas que podem ser tomadas para corrigir estas situações, e que não foram levadas em consideração anteriormente. Além disso, deve-se levantar os aspectos do problema sobre os quais o paciente não tem controle ou responsabilidade, focalizando aqueles onde pode atuar de maneira mais eficaz, e onde uma mudança possa ser efetuada.

Entre as dificuldades do tratamento do TPA, encontramos aquelas relacionadas a pacientes que compreendem o princípio do tratamento e aprendem a controlar sua ansiedade na consulta, mas não são capazes de reproduzir tal atitude nas situações temidas. Isso pode ocorrer em função de inúmeras variáveis como, dependência desenvolvida junto aos familiares, a esquiva ter se tornado um hábito ou ainda acomodação a limitação. Isto é um obstáculo ao tratamento e deve ser enfocado durante a terapia. Após o término do tratamento, muitos pacientes apresentam sintomas residuais de ansiedade, que são às vezes interpretados como presságios de um ataque. Tais pacientes relatam que embora tenham aprendido a impedir a ocorrência de um ataque de pânico, se sentem decepcionados e queixam-se de não terem atingido a "normalidade". Mesmo para aqueles que melhoram muito e até apresentam remissão completa do quadro, podem ocorrer recaídas frente a situações estressantes. Algumas sessões de reforço são suficientes para que esses pacientes retomem seu funcionamento, mas as recaídas são sempre vistas com frustração e desânimo.

Pesquisas futuras devem identificar as principais características de pacientes com transtorno de pânico que não respondem a terapia cognitivo-comportamental, e determinar como o tratamento pode ser aprimorado a fim de eliminar o sofrimento contínuo desses pacientes. A administração do tratamento, respeitando-se as particularidades de cada caso, ou seja, a escolha da técnica de acordo com a predominância sintomatológica, pode garantir melhores resultados.

Referências Bibliográficas

Beck AT & Emery G. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. Basic Books, New York, 1985.

Craske MG & Barlow DH. Panic Disorder and Agoraphobia. In Barlow DH (Ed.) Clinical Handbook of Psychological Disorders, 2nd edition, The Guilford Press, New York, 1993, 1-47.

Lotufo-Neto F e Ito LM. Transtorno de Pânico com Agorafobia. In Ito LM (Ed.) Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos, Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, 13-26.

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA E SOMATIZAÇÃO TRANSTORNO DE PÂNICO

Andréa Machado Vianna *

Segundo o Manual de Diagnósticos e Estatística em Transtornos Mentais (DSM-IV), o Transtorno de Pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperado e recorrente, no período de pelo menos um mês, sendo que nestes o indivíduo mantém uma preocupação constante. Na maioria dos relatos o transtorno se apresenta com agorafobia; uma ansiedade de permanecer em locais ou situações das quais seriam difíceis o escape, e ainda, a busca por ajuda na eminência de um ataque de pânico causaria embaraço.

O ataque de pânico se caracteriza pelo sentimento intenso de apreensão, perda de controle e ideação de morte, iniciando repentinamente e associado a uma grande variedade de sensações físicas perturbadoras. Podemos caracterizá-lo pela ocorrência de vários sintomas, somáticos ou cognitivos, que atingem seu ápice em minutos e depois tendem a decrescer.

Segundo Clark (1988), os indivíduos diagnosticados com transtorno de pânico interpretam suas sensações corporais de maneira catastrófica. Desta interpretação surge a percepção de mal estar físico, perda de controle e até insanidade; resultando num estado de apreensão e aumentando as sensações corporais. Em virtude desta tendência são derivados outros processos, tais como, a hipervigilância das sensações corporais e a evitação de situações desencadeadoras.

Normalmente os ataques de pânico são definidos como espontâneos, gerados do "nada", num contra ponto alguns são precedidos de situações geradoras de intensa ansiedade; assim sendo, identificar os antecedentes dos ataques se apresenta como uma forma de lidar com as sensações corporais. Estas informações, por sua vez, são obtidas através de diários e questionários; que além de as descreverem, explicitam os níveis de ansiedade e monitoram os avanços do tratamento.

O objetivo da abordagem comportamental é que o paciente consiga enfrentar a ansiedade munindo-se de meios para controlar seus sintomas somáticos; como por exemplo, técnicas de relaxamento, respiração e exposição aos estímulos desencadeadores internos e externos.

A abordagem cognitiva pode ser utilizada em conjunto a comportamental. Identificadas as interpretações catastróficas estas serão questionadas, quanto a sua veracidade (segundo as situações vivenciadas em experimentos comportamentais), e modificadas ou substituídas por pensamentos alternativos. O paciente consegue controlar e reavaliar suas cognições, modificando seu comportamento gerado por erros cognitivos anteriores.

Resultados positivos vêem sendo alcançados, tanto no controle dos ataques de pânico quanto nas esquivas fóbicas; graças a aplicação simultânea destas duas abordagens, a comportamental e a cognitiva.

* Psicóloga Especialista em Terapia Comportamental-Cognitiva e Colaboradora do Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas HCFMUSP.

e-mail: devianna@ig.com.br

ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E ANSIEDADE: UMA ABORDAGEM NOSOLÓGICA

Everton Botelho Sougey

Prof. Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco

OBJETIVOS:

- Ressaltar a importância clínica das associações entre ansiedade e depressão.
- Discutir as frequentes dificuldades diagnósticas resultantes dessas associações.
- Elucidar as possibilidades dessas ocorrências.
- Enfatizar dentro de uma abordagem clínico-nosológica, os benefícios desse conhecimento para a boa prática clínica.

RESUMO: Após uma revisão sobre os dados epidemiológicos de ocorrência entre depressão e ansiedade, o autor relata as principais consequências clínicas dessas associações. Assim: a co-existência de ansiedade e depressão geralmente agrava o quadro clínico, torna o curso mais crônico, dificulta resposta ao tratamento e aumenta o risco de suicídio. A partir de uma abordagem propedêutica, retoma a noção de síndrome e descreve as intercessões existentes entre as síndromes ansiosa e depressiva, tomando como exemplo o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Des-

creve de forma sistemática as possibilidades de identificação nosológica dessas associações a saber: 1) ocorrência de comorbidade; 2) presença de estado misto ou 3) de expressão de sub-tipo sindrômico. Cada uma dessas possibilidades são estudadas e levantada a hipótese de que podem separadamente resultar de mecanismos fisiopatológicos diferentes. O expositor conclue afirmando que: 1) Ansiedade e depressão são condições muito frequentes na prática clínica; 2) A intercessão de sintomas ansiosos e depressivos provoca muitas dificuldades diagnósticas e prognósticas; 3) Comorbidade, Sub-tipos sindrômicos e Estados mistos são possibilidades de interfaces clínicas e 4) Diferentes expressões clínicas de associação ansiedade - depressão, podem refletir diferentes mecanismos fisiopatológicos e por conseguinte diferentes abordagens terapêuticas.

USO DE PSICOTERAPIAS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Autor: Flavio Kapczinski
HCPA, UFRGS, kapcz@zaz.com.br

Resumo: Uma revisao da literatura disponivel nas bases de dados da Medline, Embase, Psychlit, Cochrane e Lilacs foi realizada segunto a estrategia: Anxie* and/or Anxiety Neuros?s and or Generalized Anxie*. Todos os abstracts obtidos foram revisados sendo localizados os ensaios clinicos randomizados sobre o uso de psicoterapias no transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Os ensaios clinicos foram analisados segundo protocolo disponivel na Cochrane Library (Kapczinski et al. 1999). Os resultados da analise sugerem que tecnicas cognitivas e comportamentais sao superiores a lista de espera e equivalentes ao tratamento com asioliticos no tratamento da TAG. As repercussoes destes chados para o manejo de casos clinicos de TAG sao analisadas.

ABORDAGEM COMPORTAMENTAL COGNITIVA

Mariangela Gentil Savoia
Doutora em Psicologia pela USP - Psicóloga, Pesquisadora e Supervisora do AMBAU - professora da Universidade Ibirapuera
Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Por meio da apresentação de um estudo de caso, o transtorno de ansiedade social - Fobia Social - será abordado tendo em vista as propostas de atuação na abordagem comportamental cognitiva. O terapeuta se utiliza de técnicas para cada caso dependendo da análise funcional realizada. No presente trabalho são apresentadas as propostas de tratamento desenvolvidas para um paciente de 33 anos, sexo masculino, com dificuldades de relacionamento interpessoal, inclusive relacionamento amoroso. Paciente que se considera tímido desde criança, apresentando baixa auto estima e avaliação corporal distorcida. As cognições apresentadas pelo paciente são analisadas e modificadas por meio das técnicas cognitivas com uma visão behaviorista radical.

HIPERTENSÃO E STRESS: AVALIAÇÃO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS *

Lucia E. Novaes Malagris
Universidade Federal do Rio de Janeiro

A Hipertensão Arterial tem sido considerada uma importante patologia crônica devido à sua elevada incidência e às suas conseqüências na qualidade de vida do indivíduo. Observa-se uma relação entre essa doença e o stress, tanto no que se refere à causa como conseqüência da mesma, parecendo fundamental o controle do stress nesses pacientes e naqueles com predisposição para a doença, ou seja, no tratamento e na prevenção. O presente estudo teve como objetivo, conhecer o perfil dos pacientes hipertensos da CLINEX - Clínica de Hipertensão do Laboratório de Fisiopatologia Clínica Experimental do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), objetivando o desenvolvimento de um tratamento para controle do stress, com base no Treino de Controle de Stress de Lipp. Foram realizadas entrevistas e aplicação de inventários, visando averiguar o nível de stress, qualidade de vida, fontes externas e internas de stress, crenças disfuncionais e o nível de assertividade. Os resultados demonstraram a presença de stress, má qualidade de vida, freqüentes crenças irracionais como fonte interna de stress, além de falta de assertividade. Os aspectos verificados podem ter contribuído tanto na causa do desenvolvimento da doença, como também para sua manutenção e agravamento. O estudo em questão sugere um plano de tratamento específico para controle do stress dos hipertensos dessa instituição, que inclui implementação de estratégias que ajudem o indivíduo a manejar as fontes internas e externas, melhorando a qualidade de vida e, assim controlando a doença. A efetividade do controle do stress poderia contribuir para o tratamento da doença, no que se refere à redução na quantidade de medicação prescrita e, assim, na redução de seus efeitos colaterais.

Este trabalho foi realizado com a colaboração das estagiárias de Psicologia:
Joyce Oliveira
Luciana Kamel
Luciana Novaes

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER (OCD) IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Isobel Heyman MD PhD MRCPsych
Consultant Child and Adolescent Psychiatrist Maudsley Hospital and Great Ormond Street Hospital for Children.

Speaker biography

Main interest: paediatric neuropsychiatry. Direct a national specialist service for young people with obsessive compulsive disorder (OCD). Also assess and treat children with a variety of neurodevelopmental disorders including Tourette syndrome, tic disorders etc. Also liaison psychiatrist to an epilepsy surgery program, assessing children with intractable epilepsy and associated problems; also co-run a Tourette Syndrome clinic.

Research interests include development and evaluation of psychoeducational materials for people with OCD and their families, development and validation of new assessment instruments for childhood OCD, neuropsychological aspects of OCD, neuropsychological and neuroimaging findings in familial aniridia, effects of epilepsy surgery on psychiatric morbidity in children with severe epilepsy.

Talk abstract

Obsessive compulsive disorder is increasingly recognised as a relatively common and impairing condition in young people. The talk will present a clinically focussed view of a multidisciplinary specialist service for young people, established at the Maudsley Hospital, London, UK. The integration of cognitive behavioural therapy (CBT) with pharmacological treatments will be discussed, including a review of the evidence base for these treatments. The broader issues of family involvement, group support, and self-help will also be considered. If time allows, new developments in the assessment and treatment of obsessive compulsive disorder will be reviewed, with reference to the adult literature where it illuminates child and adolescent psychiatric practice. Key directions in OCD research will be reviewed, including neuroimmunological findings, neuroimaging studies, evaluation of cognitive behavioural interventions and evolutionary theories. Data emerging form our national specialist service will be previewed, including ongoing development and evaluation of psychoeducational materials for children and families, new assessment instruments and pilot studies of group work with young people.

Background

OCD is classified within the anxiety disorders in both DSM-IV and ICD-10; it is now increasingly viewed as a neurobehavioural disorder. Key findings which have led to this re-evaluation include OCD occurring in association with brain injury and post-encephalitic states, as well as with basal ganglia disorders such as tics and Tourette syndrome1,2,3. Imaging studies have revealed both structural and functional basal ganglia abnormalities, and significantly, OCD is one of the first psychiatric disorders where both a psychotherapy (behavioural treatment) and a drug treatment (serotonin reuptake inhibitors (SRIs)) have been shown to reverse the functional metabolic changes4. OCD in association with Streptococcal infection has also been reported5, 6, 7.

Childhood OCD appears to be under diagnosed and under treated, in view of the high population rates reported.8 Specific medication and exposure and response prevention behaviour therapy are likely to be the most effective treatments9. There have now been multiple studies demonstrating the effectiveness of clomipramine and more recently, the specific serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) have also been shown to be effective10, 11, 12. Exposure and response prevention protocols have been developed specifically for use in children13, 14. The relative benefits of behavioural versus pharmacological treatments are unclear, and there has been no controlled clinical trial of behavioural treatment in children. The suggestion clinically, is that behavioural strategies may be particularly important in maintaining remissions, and in relapse prevention.

Raising awareness of OCD amongst parents, teachers and health care workers is a key issue, and also collaborating with patient support groups. Comorbid15 and family/genetic16 issues are additional important factors in both assessment and treatment.

References

1. March, J.S. & Leonard, H.L. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35, 1265-73 (1996).
2. Rapoport, J. L. & Inoff-Germain, G. (2000). Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry, 41:419-31.
3. McGuire PK. The brain in obsessive-compulsive disorder. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1995;59:457-459.
4. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter L Jr., Martin KM, Phelps ME. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1996;53(2):109-13.
5. Swedo, S.E. et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. Am-J-Psychiatry 155, 264-71 (1998).
6. Perlmutter, S. J., Leitman, S. F., Garvey, M. A., Hamburger, S., Feldman, E., Leonard, H. L. & Swedo, S. E. (1999). Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood Lancet, 354:1153-8.
7. Garvey, M. A., Perlmutter, S. J., Allen, A. J., Hamburger, S., Lougee, L., Leonard, H. L., Witowski, M. E., Dubbert, B. & Swedo, S. E. (1999). A pilot study of penicillin prophylaxis for neuropsychiatric exacerbations triggered by streptococcal infections. Biol Psychiatry, 45:1564-71.
8. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33(6):782-91.
9. Heyman I, (1997) Management of childhood obsessive compulsive disorder. British Medical Journal. 315: 444
10. Riddle MA, Scahill L, King RA, Hardin MT, Anderson GM, Ort SI, et al. Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31(6):1062-9.
11. March, J. S., Biederman, J., Wolkow, R., Safferman, A., Mardekian, J., Cook, E. H., Cutler, N. R., Dominguez, R., Ferguson, J., Muller, B., Riesenberg, R., Rosenthal, M., Sallee, F. R. & Wagner, K. D. (1998). Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a multicenter randomized controlled trial. Jama, 280:1752-6.
12. Grados, M., Scahill, L. & Riddle, M. A. (1999). Pharmacotherapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 8:635-65.
13. March JS, Mulle K, Herbel B. Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial of a new protocol-driven treatment package. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33(3):333-41.
14. March, J. & Mulle, K. (1998). OCD in children and adolescents: A cognitive behavioural treatment manual. New York: Guilford Press.
15. Zohar, A.H. et al. Obsessive-compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. Am J Psychiatry 154, 274-6 (1997).
16. Pauls, D.L., Alsobrook, J.n., Goodman, W., Rasmussen, S. & Leckman, J.F. A family study of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 152, 76-84 (1995).

CURSO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA

Reabilitação neuropsicologica na fase aguda e pós-aguda, funções executivas e medidas evolitivas

RESUMO

Este workshop tem como objetivo apresentar as principais abordagens utilizadas em programas de reabilitação neuropsicológica a pacientes com lesões ou distúrbios cerebrais na fase aguda e pós-aguda, medidas evolutivas empregadas em cada fase e técnicas de tratamento em pacientes com distúrbios das funções executivas. Serão discutidos princípios básicos de metodologia aplicada em avaliações neuropsicológicas e pesquisa clínica e mecanismos de recuperação e neuroplasticidade. Ênfase será dada a população de pacientes adultos com traumatismos cerebrais. Em particular, serão apresentados os testes neuropsicológicos mais utilizados em avaliações neuropsicológicas destes pacientes assim como o escopo e limitações dos programas de tratamento disponíveis atualmente. Neste contexto, serão demonstrados os resultados das pesquisas mais recentes sobre a eficácia dos métodos de reabilitação nas diferentes fases do processo de recuperação do traumatismo cerebral em adultos. Novas frentes de pesquisa na área de reabilitação neuropsicológica e neuroplasticidade, em particular, a necessidade de implementação de estudos e ensaios clínicos com desenhos adequadamente controlados nas diferentes fases serão abordadas.

Dra Eliane Correa Miotto
PhD pela Universidade de Londres
Pesquisadora da Divisão de Neurocirurgia
Hospital das Clinicas da FMUSP

INSÔNIA PSICOFISIOLÓGICA: QUADRO CLÍNICO E TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Flávio Alóe e Stella Tavares
Médicos do Centro Interdepartamental de estudos do sono do HCFMUSP

Insônia Psicofisiológica: Quadro Clínico e Tratamento Cognitivo Comportamental.

Insônia é um sintoma e não uma doença e pode ser definida como uma experiência de sono de má qualidade que se caracteriza pelas seguintes queixas: dificuldade para adormecer e/ou manter o sono, despertar precoce, sono não restaurador, cansaço, falta de energia, dificuldade de concentração, irritabilidade. Insônia é causada por transtornos mentais, moléstias clínicas, mudanças de horários, sendo que sua prevalência na população geral é cerca de 30 a 40%.

A insônia psicofisiológica ou insônia primária é uma insônia específica apresenta sono de má qualidade, sono curto, com multiplos despertares e sintomas diurnos de cansaço, irritabilidade, sintomas de ansiedade e de depressão. A insônia psicofisiológica é causada por três fatores diferentes, fatores predisponentes, precipitantes e perpetuantes. Fatores predisponentes são ligados ao tipo de personalidade do paciente, fatores precipitantes (um evento estressante) e fatores perpetuantes como condicionamento negativo, tensão/estresse e má higiêne de sono.

O tratamento cognitivo-comportamental da insônia psicofisiológica se caracteriza por:

1. Restrição de sono
2. Medidas de higiene de sono
3. Controle de estresse e relaxamento
4. Controle de estímulo
5. Psicoterapia cognitiva-comportamental
6. Combinações terapêuticas personalizadas.

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: UMA VISÃO COGNITIVA

Costa, Marcos Rogério
UNIPÊ - Centro Universitário de João Pessoa.

RESUMO

Beck(1992), define Personalidade como uma organização relativamente estável composta por sistema interrelacionados responsáveis pela recepção dos estímulos e por todo o processo que vai até a resposta comportamental. Estes sistemas são chamados de esquemas, que consistem em estruturas cognitivas que organizam a experiência e o comportamento. O indivíduo com Transtornos de Personalidade apresentam esquemas não adaptativos (que trazem sofrimento ao paciente ou ao outro) amplos, inflexíveis, densos e hipervalente. Estes esquemas são mantidos cognitivamente segundo Beck(1992), por processos como as distorções cognitivas. O DSM IV estabelece as seguintes características dos Transtornos da Personalidade como : padrão duradouro de experiência interna e comportamento que desvia marcantemente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade relacionamentos interpessoais e controle de impulsos. Os transtornos da Personalidade estão divididos nos seguintes grupos: Agrupamento A: Transtornos Paranóide, Esquizóide e Esquizotípico. Agrupamento B: Transtornos Anti - social, Limítrofe, Histriônico e Narcisista. Agrupamento C: Transtorno de Evitação, Dependente e Obsessivo - compulsivo. E o último grupo que é dos Transtornos da Personalidade sem outra especificação que são os Transtornos Depressivo de Personalidade e Transtorno Passivo - Agressivo de Personalidade. Diversas intervenções cognitivas - comportamentais tem sido usadas no tratamento com pacientes com Transtornos de Personalidade, entretanto os estudos experimentais tem sidos poucos para avaliar a eficácia da Terapia Cognitivo - Comportamental.

Palavra - Chave: Transtornos de Personalidade; Cognição; Comportamental. e- mail: mroge@uol.com.br

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEPRESSÃO E DEMÊNCIA NO IDOSO

Paula Ventura
Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Pós-doutorada em neuropsicologia

Com a divulgação crescente da eficácia da Terapia Cognitiva no tratamento da depressão cada vez mais os terapeutas se defrontam com idosos deprimidos em busca de tratamento. Diante desse quadro torna-se muito relevante a questão do diagnóstico diferencial entre demência e depressão. Em estágios iniciais é bastante difícil o estabelecimento do diagnóstico correto sem cuidadosa avaliação neuropsicológica.

A confusão diagnóstica tem implicações bastante importantes já que a depressão pode ser tratada com eficácia tanto com psicoterapia quanto com medicações e até o momento não dispomos de drogas eficazes para o tratamento dos processos demenciais de uma forma geral.

A dificuldade diagnóstica faz com que 1% a 31% dos idosos com diagnóstico de demência tenham, na realidade, depressão e 25% a 30% dos idosos com diagnóstico de depressão tenham, na realidade, demência.

Serão abordados os déficits cognitivos mais comumente encontrados em pacientes com depressão, nos campos da memória, atenção/concentração e fluência verbal. No que se refere à memória o domínio mais comprometido é a evocação após intervalo de tempo. Em segundo lugar temos o comprometimento da atenção seguido pelo comprometimento da fluência verbal para categorias.

Finalizaremos apontando dados na história do paciente úteis para o diagnóstico diferencial entre depressão e demência.

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Ana Maria Maaz ALVAREZ[1], Renata ÁVILA[2], Isabel Albuquerque CARVALHO[3],
Projeto terceira idade-proter - instituto de psiquiatria- hcfmusp

A Demência de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa, progressiva com evolução média de oito a dez anos, e de etiologia desconhecida, associada com uma variedade de prejuízos cognitivos. Em sua fase inicial, uma das características mais importantes é o déficit da memória, associado a um ou mais déficits cognitivos (Bellville, 1996; Corkin et al., 1982; OMS, 1993). A memória e a linguagem, são as primeiras funções

cognitivas a serem afetadas, e são também as que mais comprometem o cotidiano e a qualidade de vida dos portadores desta doença (Bottino et al, 1999; Carvalho et al, 1998; Caramelli et al, 1996).

Uma vez que não há tratamento conhecido para a cura desta patologia, os tratamentos atualmente disponíveis visam aliviar sintomas cognitivos e comportamentais por meio de medicação, técnicas cognitivas de reabilitação, melhor estruturação do ambiente, e grupos informativos para pacientes, familiares e cuidadores. Assim, tais tratamentos vêm sendo pesquisados e aprimorados, visando principalmente a melhora na qualidade de vida destes pacientes por meio da compensação e redução das limitações impostas pela doença.

A Reabilitação Neuropsicológica tem como objetivo capacitar pacientes e familiares a lidarem melhor com os prejuízos causados pela patologia, melhorando sua qualidade de vida.

A literatura atual tem verificado a eficiência de técnicas de memória, principalmente as que se baseiam na memória implícita, geralmente intacta; na compensação de déficits de memória explícita, por meio de treino do uso de auxílios externos e internos; e na facilitação da memória explícita residual, através de suportes estruturados, tanto de codificação como de resgate.

O trabalho de reabilitação de linguagem para estes pacientes tem se voltado à compensação e reestruturação dos processos de compreensão e emissão. No que tange a compreensão, a orientação de cuidadores e familiares em relação à efetividade da comunicação, a manutenção do contato de olho e ao treino de imagem mental sobre o assunto tratado parece promover maior sucesso no processo de compreensão da mensagem. As orientações e treino com enfoque no resgate estruturado por meio de pistas variáveis (fonológica ou semântica) associadas à imagem mental facilitam o resgate da informação interferindo positivamente na emissão do paciente.

Pesquisas recentes têm se voltado para o estudo de plasticidade neural em idosos saudáveis e com DA. Os achados têm sido animadores, pois há hipótese de que por meio da ativação de áreas seletivas do cérebro durante a vida, este pode proteger-se contra o processo degenerativo (Rosenzweig e Bennett, 1996). Além disso, há suposições de que certo nível de plasticidade neural persiste durante a terceira idade e na DA; assim sendo, se exercícios atuam sobre a plasticidade neural, e ela ainda existe em idosos com DA, exercícios cognitivos feitos na reabilitação, podem agir positivamente no cérebro destes pacientes (Mirmiram et. al., 1996).

A reabilitação neuropsicológica das funções mnésticas e da linguagem, tem mostrado evidências de impacto positivo no tratamento de pacientes com DA, principalmente quando aliada ao tratamento medicamentoso com anticolinesterásico. Pesquisas nesta área devem continuar sendo realizadas, principalmente, estudando a plasticidade neural nestes pacientes, já que reabilitação tem grande potencial a ser desenvolvido e aproveitado neste enfoque de tratamento para doenças degenerativas.

[1]Fonoaudióloga clínica, doutoranda em Ciências, pesquisadora colaboradora do Projeto Terceira Idade - PROTER - Ipq HC FMUSP
[2]Psicóloga gerontóloga - Pós graduanda em Ciências - pesquisadora colaboradora do Projeto Terceira Idade - PROTER - Ipq HC FMUSP
[3]Foanoaudi[ologa, pesquisadora colaboradora do Projeto Terceira Idade - PROTER - Ipq HC FMUSP.

Referências bibliográficas:

BELLEVILLE, S. et al: "Examination of the Working Memory Components in Normal Aging and in Dementia of the Alzheimer Type" - Neuropsychologia, vol.34, nª 3, pp. 195-207, Elsevier Science Ltd. - Great Britain - 1996

BOTTINO, C.; CARVALHO, I.; AVILA, R.; ZUKAUSKA, P.; ALVAREZ, A; CID, C.; CAMARGO, C - Reabilitação cognitiva associada a tratamento anti-colinesterásico em pacientes com Doença de Alzheimer, 1999 (não publicado)

CARAMELLI, P.; MANSUR, L.; NITRINI, R - Distúrbios de Linguagem nas Demências- In: Nitrini, R; Caramelli, P.; Mansur, L. - "Neuropsicologia - das bases anatômicas à reabilitação" - Clínica Neurológica - Hospital das Clínicas -FMUSP - São Paulo, 1996.

CARVALHO, I. et al - "Experiência de Reabilitação Neuropsicológica com Grupo de Pacientes com Demência Leve" - In: Capovilla, F.; Gonçalves.M.J.; Macedo, E. - "Tecnologia em (Re)habilitação Cognitiva - uma perspectiva multidisciplinar" - I Congresso Brasileiro de Tecnologia - São Paulo, 1998.

CORKIN S.; GROWDON, J. - Alzheimer's Disease: a report of progress in research, Raven Press, New York, 1982.

MIRMIRAM, M. et al - "Is brain plasticity preserved during aging na in Alzheimer's disease?" - Behavioral Brain Research, Amsterdan, pg 43-48, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - "Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas". Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1993

ROSENZWEIG, M.R.; BENNETT, E.L. - Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behaviour" - Behavioral Brain Research, Berkley, pg 57-65, 1996.

TERAPIA COGNITIVA NA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Autor: Dra. Andréia Zavaloni Scalco
Médica assistente do IPQ - HC - FMUSP

A terapia cognitiva-comportamental é especialmente útil em enfermaria psiquiátrica por ser uma técnica acessível, de curta duração, eficaz, promover a colaboração do paciente e da equipe multi-disciplinar e ser orientada para o problema. Além disso, previne recaídas e auxilia na estruturação do ambiente hospitalar.

A técnica de solução de problemas é uma técnica simples que pode ser aplicada em pacientes psiquiátricos em ambiente hospitalar. Pode ser aplicada em grupo ou individualmente, para problemas do dia-a-dia ou do ambiente hospitalar e auxilia a abordagem do paciente em crise.

A técnica consiste basicamente dos seguintes passos: identificação do problema, tempestade cerebral, avaliação das alternativas apresentadas pelo paciente (prós e contras) e escolha da solução.

Esta aula apresentará a técnica de solução de problemas e a experiência de sua aplicação em grupo de pacientes da Enfermaria Feminina do Instituto de Psiquiatria do HC - FMUSP.

TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

ABSTRAC
Dra. Bacy W. Fleitlich

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) envolve a avaliação e reavaliação de pensamentos disfuncionais que estejam levando a alterações de comportamento e dificuldades emocionais.

A validade da TCC em Transtornos Alimentares tem sido bastante investigada, principalmente em pacientes adultas com diagnóstico de Bulimia Nervosa. Apesar de já ter sido questionado, o diagnóstico de Anorexia Nervosa é encontrado em crianças a partir de 9 anos de idade. Nesta população podemos observar que técnicas cognitivo-comportamentais podem ser muito úteis, não só no tratamento, mas também na avaliação diagnóstica e de severidade do quadro. Entretanto, a idade e o desenvolvimento cognivo deve ser sempre avaliado e utilizado para a adaptação das técnicas cognitivo-comportamentais para cada criança.

Os recursos cognitivo-comportamentais utilizados baseiam-se, por exemplo, na Teoria do Aprendizado, que utiliza-se dos princípios de associação de estímulos e reforço de comportamento e gera uma base teórica que ajuda a explicar e modificar comportamentos. Considera-se que comporta-

mentos tendem a aumentar quando são recompensados e reduzem se ignorados, enquanto que ao mesmo tempo deve-se ajudar a criança a encontrar comportamentos alternativos. A Análise Funcional permite ao terapeuta formular eventos que sejam desencadeantes, de manutenção e que reforcem determinados comportamentos.

A terapia cognitivo-comportamental para o tratamento de Anorexia Nervosa, em adultos, torna explicita a correlação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. Para o tratamento de crianças com Transtornos Alimentares, a TCC auxilia também os pacientes a perceberem a ligação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. Além disto, estas técnicas são úteis para facilitar a expressão de crianças mais quietas ou menos verbais, transformar as preocupações em algo mais concreto e portanto atingível e apontar o impacto de determinados comportamentos nas outras pessoas.

TERAPIA COGNITIVA E/OU COMPORTAMENTAL?

Helene Shinohara PUCRio

A partícula e/ou sugere complementariedade ou antagonismo, o que, na minha opinião, reflete várias posições diferentes a respeito de como a terapia comportamental e a cognitiva podem interagir. Acredito que a pluralidade de conhecimentos enriquece o nosso arsenal terapêutico, e são as diferentes correntes de pensamento que propiciam um caminhar na direção de compreender o homem, suas dificuldades, suas representações e suas conquistas. O nosso século pretendeu abandonar posições maniqueístas, onde o meu é melhor do que o seu, para incorporar novas idéias, realizar revoluções, questionar paradigmas. Nós, terapeutas, não podemos acompanhar nossos clientes em suas próprias reformulações se não estivermos dispostos a, também, ouvir e refletir sobre a nossa prática.

Ao longo destes últimos 30 anos, muito se tem documentado sobre a eficácia da Terapia Cognitiva. Cada vez mais estudos controlados reafirmam sua recomendação como tratamento indicado para uma grande variedade de problemas humanos. Apesar da comprovação de sua eficácia terapêutica, a Terapia Cognitiva não permaneceu um sistema fechado. A mesma flexibilidade que se prega aos clientes em relação aos seus sistemas de crença, pode nos ajudar a avaliar, incluir, substituir e ampliar o nosso próprio sistema teórico. Conceitos e técnicas de outras abordagens têm sido incorporados para atender às demandas do trabalho clínico e aos desafios teóricos e empíricos.

Dependendo da formação inicial de cada terapeuta que hoje se intitule cognitivo ou comportamental no Brasil, maior ênfase é dada a um ou outro aspecto. É evidente que experiências têm sido trocadas em congressos recentes e que as divergências teóricas a respeito, principalmente, da cognição não chegam a afastá-los definitivamente. A preocupação em comum com estudos empíricos e com uma metodologia científica possibilita um diálogo interessante. Portanto, prestar muito mais atenção ao que uma posição tem a ganhar com a outra, a como podemos nos aproximar e trocar experiências, do que às divergências, exclusões e radicalismos, propiciará certamente um fortalecimento de ambas as abordagens.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Helene Shinohara PUCRio

O Transtorno de Ansiedade Generalizada é um transtorno crônico de ansiedade, caracterizado por preocupações irreais ou excessivas, com diversos sintomas somáticos, como tremores, tensão muscular, sudorese excessiva, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto digestivo. Alguns receios comumente estão presentes, como o medo de adoecer, de que alguma coisa negativa aconteça com familiares ou de que não se conseguirá cumprir os compromissos financeiros.

Estas pessoas têm maior tendência do que outros para prestarem atenção a informações de ameaça e interpretar como perigosos estímulos ambíguos. Apresentam também vieses de memórias para material que inclua sinais de ameaça. Eles dedicam recursos excessivos de atenção para descobrir ou detectar perigo, tendem a interpretar erroneamente mensagens ou estímulos ambíguos como ameaças, e fazem associações mais rápidas e predominantes com o perigo. É bastante provável que estes indivíduos percebam freqüentes perigo no mundo, tanto pela atenção seletiva como pela interpretação tendenciosa dos acontecimentos diários.

Também a intolerância frente à incerteza é um dos principais fatores de vulnerabilidade cognitiva. Indivíduos que se preocupam muito quando tentam solucionar problemas, na verdade, ficam paralisados em busca de excesso de evidências. Para eles, situações ambíguas implicam em incerteza e tentativas desesperadas de controle das conseqüências futuras.

A antecipação cognitiva do perigo, caracterizada pela preocupação (cadeia de pensamentos e imagens carregados de emoções negativas e relativamente incontroláveis), representa uma tentativa de solução mental dos problemas, como se as preocupações impedissem que catástrofes acontecessem ou, pelo menos, os preparassem para elas. Alguns indivíduos relatam que elas os distraem para não terem pensamentos ainda piores. Estas seriam as do tipo I que são sobre eventos externos do dia a dia (saúde de um parente) ou sobre eventos internos não cognitivos (sensações corporais). As do tipo II são sobre a natureza e ocorrência dos pensamentos em si (preocupação de que a preocupação levará à loucura). Estas do tipo II seriam foco primário de trabalho, já que tanto as crenças negativas sobre a preocupação "as preocupações tomarão conta de mim", quanto as positivas "a preocupação me ajuda a estar preparado para o problema" mantém o quadro de ansiedade.

Vários estudos indicam eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do TAG, com ganhos relativamente estáveis. Pesquisas demonstram que reestruturação cognitiva, relaxamento e exposição, aplicados conjuntamente, são mais significantemente eficazes. Ênfase seria dada à mobilização das possibilidades do cliente para mudar a balança de julgamento perigo versus capacidade, revendo as suposições condicionais que enfraquecerão suas crenças de vulnerabilidade. O desenvolvimento de técnicas para lidar com a ansiedade também proporcionará ao cliente um senso de maior habilidade pessoal. Exposições a uma série de aspectos sutis, temas gerais recorrentes, como atrasos, cometer erros, comportar-se assertivamente ou pedir reasseguramento, devem ser planejadas.

UNIDADE DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HCFMUSP

Maria Fernanda Gouveia da Silva - Coordenadora Executiva da Unidade
Sancler Andrade- Terapeuta Ocupacional da Unidade

HISTÓRICO

Em 1998, a Psicóloga Cândida Helena Pires de Camargo, deu inicio a criação da Unidade de Reabilitação Neuropsicológica do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP com o objetivo inicial de formar profissionais nessa área através do ensino e supervisão de equipe multidisciplinar (membros da Unidade e colaboradores) que têm experiência em reabilitação baseados em atuação empírica de profissionais que normalmente se ocupavam do treino em indivíduos com desabilidades. O treino era eminen-

temente prático, fundamentado em ensino teórico ministrado por profissionais da Unidade e de outros setores do Hospital das Clínicas, além de convidados de outras Universidades, bem como através de grupos de estudos desenvolvidos pela equipe inicial composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, professores de educação física.

O primeiro grupo de trabalho era composto de pacientes portadores de doenças neurológicas (TCE, Epilepsia, Doença Vascular) com patologias psiquiátricas associadas; o segundo grupo foi formado por pacientes com Epilepsia Temporal Mesial com quadro depressivo associado. No momento estão em desenvolvimento os seguintes projetos:

- Adultos com Epilepsia - encaminhados pelo PROJEPSI e Liga de Epilepsia
- Adultos com ADDH - encaminhados pelo PRODATH
- Crianças com ADDH - encaminhados pelo Ambulatório de Hiperatividade do SEPIA

Programa de Reabilitação Neuropsicológica é desenvolvido durante 24 semanas e está estruturado da seguinte forma:

Inicialmente os pacientes passam por triagem e são então encaminhadas para um processo de avaliação visando traçar um perfil de cognitivo e comportamental destes. São usados como instrumentos:

- Protocolo de Avaliação Neuropsicológica
- Avaliação para Reabilitação
- Inventário de Qualidade de Vida - impacto dos déficits na vida diária
- Avaliação de Comorbidades.
- Avaliação da Participação Familiar

Após essa avaliação os pacientes dão inicio ao programa de Reabilitação estruturado da seguinte forma de acordo com o perfil traçado previamente;

1- **Treino Cognitivo**: realizado com duplas de pacientes, agrupados de acordo com o perfil neuropsicológico e características pessoais aproximadas, traçadas a partir dos Instrumentos de Avaliação. Coordenado por psicóloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta da equipe, com duração aproximada de 1hora/semanal;

2- **Grupo de Apoio**: coordenado por psicóloga da equipe e tem como enfoque a orientação dos pacientes em relação a doença e suas dificuldades oriundas desta; orientação quanto às Atividades de Vida Diária e Organização de Rotina, visando melhor adequação social. A duração aproximada é de 1 hora e 30 minutos semanais;

3- **Grupo de Terapia Ocupacional**: coordenado por terapeuta ocupacional da equipe com enfoque na realização de atividades em grupo, selecionadas de acordo com um planejamento prévio. Tem a finalidade de buscar generalização do treino cognitivo. A duração aproximada é de 1 hora e 30 minutos semanais;

4- **Grupo de Familiares**: coordenado por psicóloga da equipe e visa informar e orientar sobre os aspectos aplicados na Reabilitação bem como dados da doença, sua evolução e implicações no tratamento. Além disso, possibilita um espaço de troca de experiência, implicando uma maior aderência do familiar ao Programa de Reabilitação. A duração aproximada éde 1 hora e 30 minutos mensais.

Composição da equipe

Coordenação Geral: Cândida Helena Pires de Camargo
Coordenadora Executiva: Maria Fernanda Gouveia da Silva
Supervisoras: Carmen Silvia Teixeira de Carvalho
Shizuka Nomura

Equipe

Psicólogas: Cristiana Castanho Rocca
Flavia Ribeiro
Luciana Monteiro
Psicólogas Voluntárias: Gislaine Gil
Renata Ávila
Estagiárias de Neuropsicologia: Monica Zanzini
Fisioterapeuta: Maria Eduarda M. A.R. Vidal
Terapeuta Ocupacional: Sancler Lopes de Andrade

USING COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Dr. Isobel Heyman and Dr. Ian Frampton
Institute of Psychiatry, University of London

This workshop explores the clinical application of cognitive behaviour therapy with children and adolescents. The workshop takes a developmental perspective in exploring how therapeutic skills need to be adjusted to the age and developmental status of the child. Beginning with a brief overview of cognitive and behavioural theory, an evidenced-based approach is used to identify key clinical interventions with proven efficacy. Obsessive compulsive dicorder is used as a model for behaviour therapy interventions, and depression used as a model for cognitive theapy interventions. Extensive use of case material is made to illustrate treatment concepts, and there are opportunities for participants to bring examples of complex cases for 'troubleshooting'. Finally, participants are invited to present one of their own cases in more detail for discussion in the whole group. Using an interactive format, audience participation is encouraged through the use of video case examples and CD ROM presentation.

Key references:

Barrett P.M. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. Clinical Psychology Review. 20(4):479-94.

Bernstein GA, Shaw K. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(10 Suppl):69S-84S.

Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P. (1998). Psychological treatment of depression in children and adolescents. A review of treatment research. British Journal of Psychiatry. 173:291-8.

Kaslow NJ, Thompson MP. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. Journal of Clinical Child Psychology. 27(2):146-55.

Ollendick TH, King NJ. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. Journal of Clinical Child Psychology, 27(2):156-67.

Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 37(1):26-34.

Spence SH. (1994). Cognitive therapy with children and adolescents: from theory to practice. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 35(7):1191-228.

March JS, Mulle K, Herbel B.(1994) Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial of a new protocol-driven treatment package. Journal of the American Acadeny of Child and Adolescent Psychiatry, 33(3). 333 - 41.

SETOR DE NEUROPSICOLOGIA E REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Hospital Israelita Albert Einstein

O Serviço de Neuropsicologia e Reabilitação Neuropsicológica do Hospital israelita Albert Einstein foi montado a partir de uma demanda

A equipe é formada por quatro psicólogos com formação em Neuropsicologia e terapia cognitivo-comportamental e conta com o su-

porte dos médicos, fonaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas do Centro de Reabilitação do HIAE

O objetivo do programa de Reabilitação Neuropsicológica do Setor de Neuropsicologia do Hospital Israelita Albert Einstein é ajudar as pessoas que sofreram algum dano cerebral a tornarem-se independentes em casa e na sociedade, estabelecer ou re-estabelecer relacionamentos satisfatórios com familiares e amigos e engajar-se em uma atividade produtiva em casa, na escola ou em âmbito profissional.

Pessoas que sofreram algum dano cerebral podem evoluir com dificuldades físicas, cognitivas (por exemplo, raciocínio, memória, percepção), emocionais e apresentar distúrbios de comportamento.

As dificuldades cognitivas, emocionais e comportamentais podem ser incapacitantes, comprometendo a qualidade de vida da pessoa exercendo forte impacto no dia-a-dia da pessoa.

O Setor de Neuropsicologia e Reabilitação Neuropsicológica propõe um programa de reabilitação holístico, também chamado "therapeutic millieu approach" , que tem como premissa básica a criação de um ambiente terapêutico estruturado, tornando-o previsível, com intervenções programadas e objetivos claros estabelecidos.

Programa de reabilitação neuropsicológica

O programa de Reabilitação Neuropsicológica do HIAE tem como objetivo principal auxiliar os pacientes a desenvolver suas habilidades, promover sua reintegração psico-social e alcançar uma melhor qualidade de vida.

Entendendo a reabilitação neuropsicológica como um conjunto de intervenções terapêuticas sistemáticas e organizadas que tem como o objetivo auxiliar o paciente a alcançar o melhor nível possível de competências nos âmbitos social, interpessoal, profissional e emocional, tendo como objetivo a otimização de sua qualidade de vida e reintegração ao meio psicossocial.

Estágios do programa de reabilitação neuropsicológica

• 1. Avaliação Neuropsicológica

Esta avaliação tem como objetivo (1) mapear o funcionamento cognitivo-comportamental do paciente; (2) Identificar funções cognitivas que permaneceram intactas após o insulto cerebral; (3) Avaliar o repertório de habilidades interpessoais, a crítica sobre as conseqüências do dano e a flexibilidade do paciente em cooperar com o tratamento. (4) Fornecer informações diagnósticas e prognósticas confiáveis incluindo a motivação do paciente e seu potencial para beneficiar-se de intervenções cognitivas sistêmicas.

• 2. Experiência e planejamento

Nesta etapa o paciente freqüenta a clínica em caráter de experiência para avaliação da adequação do programa às suas necessidades e elaboração de um plano de tratamento.

• 3. Programa de Reabilitação Neuropsicológica

A partir desta etapa, é discutido com o paciente e familiares um plano de tratamento, com definição de objetivos a serem atingidos a curto, médio e longo prazo.

O programa de reabilitação neuropsicológica

- **Fase I**: Desenvolvimento de compreensão e crítica

Individual ou em grupo

Objetivos:

• Facilitar o engajamento ao programa de reabilitação

• Desenvolvimento de crítica sobre o próprio funcionamento cognitivo-emocional, compreensão dos déficits, como eles interferem na vida funcional do paciente e suas implicações a longo termo

• Compreensão do processo de reabilitação neuropsicológica que tem como objetivo ajudar o paciente a recuperar sua funcionalidade, e não necessariamente, recuperar o funcionamento prévio.

• Desenvolvimento de expectativas realistas para o futuro, baseadas na capacidade de compensar os déficits.

O grupo de reabilitação organiza-se em torno de uma tarefa, comum ao grupo e de interesse de todos. O terapeuta serve como um facilitador para a definição de um projeto comum, que possa ser desafiante para todos, em torno do qual será trabalhada

Orientação: Procedimento realizado em grupo, objetivando desenvolver a orientação e a motivação; promover a crítica sobre o próprio estado e o do outro; promover o desenvolvimento de estratégias compensatórias.

Fase II: Desenvolvimento das Habilidades cognitivas e estratégias compensatórias

Objetivos:

• Desenvolvimento de estratégias compensatórias às dificuldades cognitivas

• Treino Cognitivo para desenvolver raciocínio convergente (estabelecimento de objetivos; abstração), raciocínio divergente e flexibilidade mental (ex: considerar diferentes abordagens, realizar inferências, sintetizar idéias).

• Generalização das técnicas compensatórias: generalização do aprendizado ou seja, auxiliar o paciente a transferir as habilidades adquiridas no meio terapêutico estruturado para situações menos estruturadas, mais próximas da "vida real", como por exemplo, entrevistas de trabalho.

• Reintegração Social

É composto pelas seguintes intervenções:

Treino Cognitivo: Treino cognitivo individual e/ou em dupla, de acordo com as necessidades de cada paciente, nas seguintes áreas: (1) atenção, concentração e responsividade psico-motora; (2) coordenação visuo-motora e destreza motora fina; (3) habilidades visuo-construtivas; (4) processamento de informações; (5) raciocínio lógico e funções executivas.

Grupo de Reabilitação Neuropsicológica

Este é um procedimento realizado em grupo, com o objetivo de desenvolver as habilidades de comunicação interpessoal, maleabilidade e aceitação da própria condição. A cada sessão um paciente é acompanhado e recebe feed-back dos outros componentes do grupo e dos terapeutas, promovendo a habilidade de organização do pensamento, comunicação efetiva do mesmo, aceitação da opinião do outro (flexibilidade, maleabilidade) e desenvolvimento de capacidade crítica e relacionamento interpessoal.

Fase III: - Suporte

Os pacientes virão à Clínica duas vezes por semana, para participar de grupo terapêutico e , se necessário, acompanhamento individual.

Anita Taub
Coordenadora Neuropsicologia

TERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL ATRAVÉS DA ARTETERAPIA

Marcelo da Rocha Carvalho
Psicólogo Comportamental-Cognitivo e Arteterapeuta (Centro Psicológico de Controle do Stress - São Paulo)

"Sonhar é ver na ausência da coisa vista. A estimulação atual exerce então um controle mínimo e a história da pessoa e os estados resultantes de privação e emoção têm sua oportunidade" (Skinner, 1982)

A Arteterapia é uma atividade de estimulação à execução de imagens pela expressão artística, buscando respostas em pacientes/clientes para que possam se auto-observar, promovendo reflexões sobre o desenvolvimento pessoal, habilidades, interesses, preocupações e conflitos.

A Arteterapia e sua prática são baseadas no conhecimento sobre o desenvolvimento humano e teorias psicológicas que, aliados ao desenvolvimento histórico da Arte, possibilitam, em amplo espectro, modelos para o acesso e tratamentos educacionais, terapêuticos, cognitivos, na resolução de problemas, redução de ansiedade, estimulação de uma auto-imagem positiva, etc.

Embora as expressões de estados internos sejam freqüentes no transcurso da história da humanidade, a Arteterapia emergiu, se distinguindo como opção terapêutica, a partir dos anos 30, no século XX, quando psiquiatras tornaram-se interessados nos trabalhos desenvolvidos por alguns pacientes (em especial, pacientes esquizofrênicos), e estes procuraram uma ligação entre suas produções e a doença que os acometiam. Paralelamente arte-educadores (como mais tarde foram chamados) descobriram que a expressão através da arte era um facilitador na aquisição

de aprendizagens significativas, e simultaneamente na expressão simbólica e emocional. Mas quase sempre, a Arteterapia esteve associada a abordagens psicodinâmicas e seus pesquisadores.

Psicoterapia Comportamental e Cognitiva

A Terapia Comportamental e Cognitiva é uma modalidade ou abordagem para prática da ajuda psicológica. Ao descrever esta abordagem terapêutica para transtornos mentais e problemas psicológicos, é preciso salientar que esta Terapia, seus conceitos e aplicabilidade provêm da somatória de diversas atividades científicas e formas de atuação clínica como: Psicologia Experimental, Análise do Comportamento, Behaviorismo Metodológico e Radical, Psicologia Cognitiva, Terapia Comportamental Racional-Emotiva, Terapia Multimodal, Psicoterapia Analítico-Funcional, entre outras. Este conjunto, agregado em evoluções históricas, metodológicas, aplicações clínicas e experimentais, dão corpo a Terapia Comportamental e Cognitiva (TCC) e a mantém atuante.

Elementos de escolha desta abordagem são avaliações sobre o comportamentos, cognições e afetos em suas relações entre o indivíduo que emite e sobre as circunstâncias em que estes (comportamentos, afetos e cognições) se apresentam, bem como suas conseqüências no ambiente. O conhecimento destas informações, isto é, sua análise funcional, faz possível a modificação de comportamentais disfuncionais em indivíduos com transtornos psicológicos ou psiquiátricos.

Para tanto:

Usa princípios científicos da psicologia experimental, teoria da aprendizagem, as relações com o ambiente atual e mediação cognitiva como determinantes do comportamento.

O que para Beck (1979/1997) transcorreria da seguinte forma:

Monitorar pensamentos automáticos negativos (cognições);

Reconhecer as conexões entre cognição, afeto e comportamento;

Examinar as evidências a favor e contra do pensamento automático distorcido;

Substituir estas cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas à realidade;

Aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que predispõe a distorcer as experiências.

Prática Clinica Comportamental e Cognitiva em Arteterapia

A Arteterapia como forma de expressão não verbal viabiliza que pessoas expostas a este recurso verifiquem a aquisição de habilidades anteriormente, muitas vezes, não disponíveis.

Sob o controle de novos estímulos há a multiplicação de comportamentos e paralelamente a discriminação de limites de certas formas de execução comportamental regulares, o que por sua a vez ao serem reproduzidas de uma forma menos ansiógena e com pouquíssimos critérios de fracasso, fazem com que conseqüências anteriormente não testadas possam efetivamente surgir.

Recursos de aproximação sucessiva, pareado a reforços contingentes as respostas emitidas, e próprio auto-reforço na emissão dos comportamentos livres da expressão artística, possibilitam a modelagem de diversos comportamentos e também a auto expressão e o relaxamento.

Uma vez instalado o comportamento de representar com recursos artísticos, emoções, sensações, pensamentos, comportamentos disfuncionais são passíveis de serem modificados, frente suas representações e possibilitam novas discriminações, além de uma clareza do transcurso habitual entre ambiente (estímulo) - pensamento - sentimento para o indivíduo, promovendo assim, o autocontrole.

A vantagem de emitir o comportamento controlado pelas contingências como na atividade artística, é poder, experienciar, ter curiosidade; ou seja, quando eu emito o comportamento e observo as conseqüências, apresento uma maior variabilidade de comportamentos, desenvolvendo criatividade, espontaneidade, o que pode tornar a pessoa mais consciente, enquanto que as regras tornam a pessoas mais alienadas, rígidas e ansiosas dificultando a resolução de problemas. A Arteterapia através da Terapia Comportamental e Cognitiva permite avaliações diretas sobre diversos aspectos, tais como:

Comportamentais

Comportamentos de Fuga e esquiva: frente a solicitações, temas, controle de erros (sujeira no ambiente/superfície da execução), não entrega ou conclusão de atividades, insistência em certos temas, aceitação ou não de reforço verbal (elogio), auto regras para execução de trabalho ou expectativa irreal, ansiedade inibindo o desempenho, comportamentos depressivos (processo extinção recorrente sobre as atividades artísticas), etc.

Psicomotores

Lateralidade, coordenação fina e grossa (tremor no desenho, facilidade com material de maior ou menor resistência sobre a superfície: diferença entre o uso do lápis, caneta, giz ou pincel), maneira de usar o lápis/caneta (com pouca ou muita força e pressão), velocidade na execução de tarefas, controle da área delimitada para o desenho ou pintura, etc.

Compreensão

Compreensão errônea, confusa ou contrária pelo paciente/cliente de uma solicitação do terapeuta na execução de uma atividade, coleta da auto-avaliação do trabalho realizado: uso e escolha das cores/imagens, do tracejado do desenho ou pintura, sua correspondência com seu estado atual, passado e/ou emocional, etc.

Cognições automáticas

Críticas imediatas ao trabalho executado: "eu não vou conseguir fazer isso", "no que isso irá me ajudar?", "eu só uso tinta preta para tudo, sou uma pessoa depressiva", "nem para desenhar eu presto", "ainda não está bom, sempre pode ficar melhor", entre outras formas de expressão verbais do pensamento e seus aspectos disfuncionais. Muitas vezes demonstrando concretamente crenças irracionais.

Entretanto a meta inicial é propiciar uma "liberdade expressiva", ou uma "audiência não punitiva", e uma "distração" pelo surgimento do indivíduo através de sua história de contingências e pensamentos, onde este possa auto observar-se e sentir a si mesmo.

O objetivo a longo prazo seria de que o indivíduo discriminasse como sendo maior que um conjunto de respostas, porque vive e reage ao ambiente através de si, mas que não condiz diretamente com a toda sua multiplicidade, podendo promover em seus comportamentos a chave para seu restabelecimento e manutenção de sua qualidade devida.

Exemplo Clínico, recorte de uma sessão

O recorte a ser exposto de uma sessão quer responder duas perguntas freqüentes no uso da Arteterapia:

- Uma pessoa que não pinta, desenha ou faz qualquer tipo de expressão artística pode-se recomendar o uso desta técnica?
- A pessoa que está fazendo arteterapia precisa ter resultados pictóricos significativos para "o mundo da Arte", como por exemplo, um belo quadro como resultado final de seu trabalho? Melhorando a pergunta; quem sofre uma intervenção em Arteterapia precisa fazer Arte?

Onde suas respostas seriam: "SIM" para a pergunta inicial e "NÃO" à seguinte. O caso exposto abaixo, compreende uma paciente que não tem a qualidade de ser uma pintora ou desenhista e o resultado de sua expressão nesta sessão foi uma folha de sulfite com traços em lápis coloridos, que não caracteriza uma obra de Arte, nem tão pouco diminui seu valor pessoal ou resultado terapêutico. Ainda falando sobre a descrição abaixo, esta não se refere a todas as possibilidades da Arteterapia, tratando-se de uma exemplificação técnica, que difere muito no seu uso estruturado, sistematizado e programado em Terapia.

A Cliente A. 55 anos é do sexo feminino, aposentada, viúva, tendo antes de sua morte de separado do mesmo, após casamento de 33 anos com F., dependente químico. Desta união saíram três filhos: sendo o primogênito dependente químico com transtorno esquizofreniforme.

Início da Terapia: 20 de maio de 1999. Inventário de Beck (BDI): 28 pontos - depressão moderada iniciando o critério de gravidade. Faz uso de antidepressivo.

Sessão: Um recorte

Terapeuta (T.): Como foi sua semana?

Paciente (P.): Estou queimando de raiva. Cheia de problemas: minha filha não conseguiu resolver ainda aquele problema com o carro; meu filho se envolveu numa briga após passar uma semana provocando os outros, tive que levá-lo para o hospital para tomar pontos na boca que foi muito mal feito por sinal, está feio; meu carro quebrou, estou sem medicação há cinco dias; sonhei com F. (ex-marido, vivo na época), ele aparecia e dizia que precisava sair - sabia que ia ver uma moça - fiquei morrendo de raiva...

T: *Eu havia pedido uma lição de casa?*

P.: Não fiz! Eu sei que preciso organizar minhas contas, mas não fiz, eu estou guardando os extratos do banco e algum dia eu sei que irei conferir, mas não será hoje, sei que tenho problemas com dinheiro... Minha vida está um turbilhão (paciente emite comportamento de choro), é um espiral de problemas!

T.: Vamos representar esse turbilhão?

P.: eu não sei se conseguiria...

São apresentados papel sulfite tamanho A4 à A. e um conjunto lápis de cores.

T.: Vamos representar esse turbilhão?

P.: Ele tem que ser todo preto, foi assim que eu pensei, preto e cinza (a paciente desenha)...

T.: Vamos agora escolher uma cor para cada um dos problemas que surgem neste turbilhão? Eu darei alguns nomes e você representa, tudo bem? (paciente acena com a cabeça, positivamente) para A. (sua mãe)?

P.: Vermelho! Cuidado e perigo em todos os pontos do espiral (...)

T.: S. (seu filho dependente químico)?

P.:...é verde, do palmeiras seu time, e também de esperança, está em todos os instantes e não há desligamento, ocupa o espaço todo, e são mais de dois verdes, que são seus altos e baixos (...)

T.: O F. (ex-marido)?

P.: É o amarelo está em alguns lugares, poucos mas ainda está (...)

T.: L. (sua filha)?

P.: Um azul, maravilhoso, como um céu azul, com luz, uma paz gostosa que tem na vida, por ela eu troco tanta coisa (paciente emite comportamento de choro), vontade de dar mais e não estar podendo. E para mim um violeta bem escuro no centro deste turbilhão (...)

T.: O G. (filho caçula - residindo fora do país)?

P.: Nossa me esqueci dele, como está apagado! Estou sem pensar nele, ele está distante mesmo (...) minha falta de organização com o dinheiro? Um pretão (emite risos) segue a primeira cor envolvendo tudo (...)

T.: Falta de amigos?

P.: Preenche todos os espaços!! Só tenho R., a linda R., só conto com ela (...) eu acho que não correspondo às pessoas. E pensando bem, eu sou um roxo muito forte por todo o espiral...

(Fim da transcrição)

Bibliografia

AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION (AATA) - a Revised Code of Ethical Standards for Art Therapists. Members of AATA, adapted from the American Association for Marriage and Family Therapy Code of Ethics (1991) with their permission. Copyright AATA, Inc. July 1998.

BANACO, RA (Org.). Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Analise do Comportamento e Terapia Cognitivista, Santo André, SP: ARBytes, 1997.

BANDURA, A.. Modificação do Comportamento, Editora Interamericana, São Paulo, 1979.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. e EMERY, G.. Terapia Cognitiva da Depressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

BECK, J.. Terapia cognitiva - teoria e prática. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.

HAWTON, K. e col.. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos - um guia prático. Martins Fontes, São Paulo, 1997.

PAIN, S. e JARREAU, G.. Teoria e técnica da arte-terapia: Arte Médica 1994

RANGË, B. (Org.). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva (Volumes I e II). Campinas, SP: Psy, 1995.

SKINNER, B.F.. Sobre o behaviorismo. Cultrix, São Paulo, 1999.

GRUPO PARA PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nágela Valadão Cade[1]

Minha experiência com o atendimento da pessoa hipertensão arterial essencial, me conduziu a questionamentos sobre o portador de doença crônica e, conseqüente, à busca quanto aos meios factíveis de serem implementados para melhor adaptação dele ao processo saúde-doença.

Nosso interesse tem sido a pessoa hipertensa em um contexto mais amplo e, neste sentido, gostaria de discorrer sobre o que vem a ser a doença crônica, até mesmo porque as diferentes afecções crônicas apresentam componentes comuns que entendemos se beneficiarem pela mesma forma de tratamento aqui retratada para o hipertenso.

Compreende-se por doença crônica uma incapacidade de caráter, com a propriedade de modificar o funcionamento físico, psicológico ou social da pessoa em diferentes níveis (HYMOVICH, 1992). Algumas afecções clínicas, como a hipertensão, têm um início assintomático, mas com o tempo, advêm demandas decorrentes da doença e seu tratamento, podendo ocorrer algum tipo de incapacidade, seja de ordem física (eliminatória, sensitiva, motora); de ordem cognitiva, tipo o comprometimento da orientação, do raciocínio e da tomada de decisão; de ordem social, como a dependência física e financeira dos familiares e a modificação no desempenho de papéis; e de ordem psicológica quando ocorre baixa auto-estima, déficit motivacional, depressão, ansiedade, agressividade, negação da doença e outras.

As doenças crônicas são de etiologia multifatorial e os fatores ambientais, associados aos genéticos, contribuem para sua gênese, manutenção e controle. Ambiente aqui pode ser compreendido não somente nos aspectos físicos, mas também naqueles relacionados aos processos de interação social e seus reflexos na dinâmica interpessoal. Dessa forma, o ambiente funciona como um fator de risco para tais doenças, seja pelos comportamentos de risco emitidos, como fumo, sedentarismo ou pelas condições insatisfatórias de vida, o que gera emoções ou reações neuroendócrinas prejudiciais ao organismo.

Por outro lado, a doença crônica pode vir a ser uma dificuldade a ser vencida quando impõe novos desafios e incumbências, tanto ao paciente como aos familiares. Dentre alguns desses desafios, encontram-se o regime alimentar, o uso constante de medicamentos e seus efeitos colaterais; as perdas advindas da doença ou do tratamento como a sintomatologia apresentada; a diminuição da atividade física, redução do lazer, deixar de comer o que gosta, parar de fumar e o medo frente à possibilidade de evoluir para alguma deficiência ou para a morte. (TOMASI, 1996). Como desafio, destaca-se ainda, o caráter cíclico das manifestações clínicas, podendo estar ausentes ou presentes em diferentes níveis de desconforto.

Compreende-se que os problemas do cotidiano, somados às outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação da pessoa à doença e ao meio, objetivando melhor qualidade de vida, e, mais especificamente, no caso da hipertensão, a manutenção de um ambiente que contribua para a redução da pressão arterial.

A abordagem cognitivo-comportamental abrange função educacional e, hoje, há grande ênfase na psicoeducação como um componente indispensável ao processo de aprendizagem necessário no transcorrer da doença crônica, pois contribui para o desenvolvimento de habilidades, centralizando-se nos aspectos afetivos, comportamentais e interpessoais desse processo (BLAIR, RAMONES, 1997).

Esta abordagem permite trabalhar com as habilidades de relacionamento, com o manuseio do estilo de vida, o ajustamento social, a redução do estresse, a reestruturação cognitiva e oferece diferentes opções em resolver os problemas e fazer escolhas de vida, permitindo mais controle sobre a situação, e, neste sentido, atende plenamente o paciente portador de afecção crônica. (BLAIR, 1996).

O referencial teórico da terapia cognitivo-comportamental permite uma variedade de técnicas a serem usadas de forma individual ou em grupo, podendo ser adaptadas para diferentes situações clínicas.

A literatura é extensa, com trabalhos mostrando a aplicação e avaliação desee referencial de intervenção em diferentes diagnósticos médicos, como, por exemplo, o controle da raiva em pessoas com reatividade cardiovascular exacerbada, o controle da freqüência cardíaca e da pressão arterial mediante o biofeedback, o controle da dor em reumáticos, o alívio da lombalgia, a promoção do bem-estar e dos recursos de enfrentamento em diabéticos e várias outras aplicações (ACHMON et al, 1989; ENGEL, GLASGOW, GARDER, 1983; NAKAO et al, 1997; SENSKY, 1989).

No que diz respeito especificamente à hipertensão, ela consiste em uma doença que advém da relação complexa e não totalmente compreendida entre o ambiente, o sistema nervoso autônomo, sistema cardiovascular e renal, estando estes associados à predisposição genética e, neste sentido, os estímulos psicoemocionais influenciam a fisiopatogenia da doença. É

sabido que o estresse crônico promove espessamento da camada muscular do vaso, que, a longo prazo, pode elevar a pressão arterial em pessoas predisponentes (JULIUS et al, 1995).

Considerando essas várias facetas da hipertensão, o referencial cognitivo - comportamental tem trabalhado com duas categorias de intervenção: a) os métodos comportamentais, que objetivam uma ação direta na pressão arterial ou no processo fisiológico que atua sobre sua regulação e alguns exemplos seriam o relaxamento, biofeedback, hipnose, treino autogênico; e b) os métodos psicoterapêuticos, sem uma estruturação ou especificidade definida, objetivando influenciar as respostas frente aos focos tensores e modificar os estados emocionais envolvidos nesse processo de forma que favoreçam indiretamente, a redução da pressão.

Dentro dessa última linha de tratamento, temos trabalhado com mulheres hipertensas, mediante a aplicação do Treinamento em Solução de Problema em grupo.

Uma das vantagens do trabalho com grupo consiste em proporcionar um ambiente terapêutico no qual o sujeito se encontra a todo momento lidando com as interações interpessoais advindas da convivência com os demais elementos.

A terapia em grupo se propõe, dentre outras, a trabalhar esses deficits gerados do relacionamento interpessoal, devido ao campo interacional ser mais intenso, possibilitando emergir um contingente maior de experiências e, por vezes, carregado de emoções a serem trabalhadas. Dessa forma, o grupo possibilita o desenvolvimento do microssomo social, pois a pessoa interage com os demais elementos da mesma forma que o faz fora dele, reproduzindo situações do cotidiano (VINOGRADOV, YALOM, 1996).

Outras vantagens da terapia de grupo cognitivo-comportamental, segundo CABALLO (1999), constituem: maior possibilidade de observação das interações estabelecidas e dos comportamentos interpessoais; o grupo por ser um espaço adequado para aprender a se relacionar; melhor relação custo-eficácia; a permissão de que os elementos identifiquem problemas semelhantes aos seus pares; e a prevenção sobre situações por ouvi-las de outros; a permissão de maior possibilidade de dar e receber feedback sobre a forma de relacionar-se; e a possibilidade de surgirem no cenário mais soluções para os problemas apresentados.

Outro aspecto considerado importante é quanto aos elementos do grupo, também, avaliarem as situações e emitirem respostas sobre o comportamento dos demais, o que parece ser melhor aceito do que quando vindo do terapeuta. Ainda, o grupo dita modelos de comportamento e os elementos funcionam como pares para o desempenho de papéis (ROSE, 1996).

A despeito dos mecanismos que influenciam a efetividade dos resultados da intervenção em grupo, achamos pertinente enumerar: a) universalidade, quando ocorre identificação entre membros do grupo, seja por problemas ou sintomas em comum, o que pode funcionar como importante fator de coesão entre os membros; b) altruísmo, caracterizado pela ajuda mútua entre os componentes do grupo; c) possibilidade de proporcionar esperança; d) repasse de informação, conhecimento e ato de dar conselhos; e) comportamento imitativo, mediante a aprendizagem vicária, quando a pessoa aprende por observação do comportamento do outro; f) desenvolvimento de técnicas de socialização, como a habilidade social; g) catarse compreendida pela liberação de emoção e exposição do mundo interior; h) incentivo ao apoio externo, quanto a manterem relacionamentos construtivos que os ajudem a mudanças positivas.

A intervenção em grupo permite diferentes enfoques de tratamento, como o enfoque psicossocial voltado para o apoio a familiares, reabilitação de doenças, o enfoque educacional, o interpessoal, grupos de autoajuda e autoconsciência, e ao término da década de 70 implementou-se técnicas do referencial cognitivo-comportamental ao formato de grupo. Apesar dos diferentes objetivos que permeiam a intervenção em grupo, as regras de aprendizagem e os fatores inespecíficos são os mesmos. (ROSE, 1996; VINOGRADOV, YALOM, 1996)

No que diz respeito ao Treinamento em Solução de Problema, constitui-se em uma técnica iniciada pela psicologia cognitiva experimental na década de 50-60, com a preocupação em trabalhar a competência social em psicopatologia, sendo definida como "o processo metacognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela" e, com isto, emergem várias respostas alternativas direcionadas para o problema, possibilitando a escolha de respostas mais adequadas à situação (CABALLO, 1999).

Ele é norteado pelo princípio quanto às pessoas não resolverem adequadamente seus problemas por não terem aprendido as habilidades necessárias para o mesmo ou os recursos, tanto internos como externos, serem inadequados, insuficientes, não serem acionados no momento certo ou pela presença de ansiedade ou depressão, dificultando o uso dos recursos de enfrentamento. Ainda podemos pensar que há problemas de difícil solução, fazendo-se necessária a ajuda de outras pessoas. (CABALLO, 1999; HAWTON et al, 1997)

Esse tipo de Treinamento pode ser oferecido de forma individual ou em grupo e objetiva criar meios para reconhecimento das situações de vida geradoras de mal-estar; diminuir as respostas negativas decorrentes do problema; contribuir para o reconhecimento e utilização dos recursos internos; promover o conhecimento de técnicas capazes de auxiliar na solução de problemas e que sejam possíveis de serem generalizadas para outras situações de vida; avaliar as conseqüências das ações inadequadas tomadas no dia-a-dia que se transformam em problemas; e incentivar e promover o senso de controle sobre a situação (CABALLO, 1999; HAWTON et al, 1997).

Em pesquisa clínica, essa técnica tem sido muito utilizada em portadores de depressão maior, pois postulam que a deficiência em solucionar problemas gera enfrentamento menos eficaz, predispondo a episódios de depressão em pessoas vulneráveis.

Com portadores de hipertensão arterial, esse Treinamento foi capaz de reduzir a pressão arterial diastólica naqueles pacientes que evoluíram com melhor habilidade em resolver seus problemas, em tomas decisões e em implementar e avaliar o comportamento realizado deliberadamente para a solução do problema (GARCÍA-VERA, 1998).

Nosso foco de estudo também tem sido avaliar essa técnica com hipertensos, especificamente quanto aos efeitos do Treinamento sobre a ansiedade, depressão, bem-estar psicológico, estratégias de enfrentamento e pressão arterial.

A escolha por esse tipo de Treinamento veio como resposta aos resultados de minha dissertação de mestrado, que ao procurar conhecer os aspectos psicossociais no cotidiano dos hipertensos, encontrou, com freqüência, relato do estado emocional - tristeza, nervoso - como indicador de doença e responsável pela elevação da pressão arterial. Dessa forma, a concepção de saúde e doença acontece de acordo com a subjetividade da pessoa e é atrelada não só à esfera fisiológica, mas também à relação do homem com os fenômenos macrossociais, as interações estabelecidas, bem como a capacidade de enfrentamento e conseqüente solução dos problemas.

Aplicamos o Treinamento em Solução de Problema em 06 sessões de grupo, fechado, com o máximo de 12 pessoas, quando se enfocaram as 05 etapas propostas por NEZU NEZU (1999), que são: a) orientação e definição do problema; b) compreensão do problema; c) preparação para a ação, d) tomada de decisão; e) implementação da estratégia escolhida e avaliação.

A viabilização do Treinamento se dá mediante a combinação de técnicas do referencial cognitivo-comportamental adaptadas para grupo. Quanto às técnicas específicas do Treinamento podem ser agrupadas em técnicas pertinentes à dinâmica grupal, que se divide em em intragrupal, constituindo em brainstorming ou turbilhão de idéias, a técnica de duas colunas para exame de alternativas, feedback e reforçamento, ensaio comportamental e manejo contingencial, como forma de recompensa por concluir uma tarefa. E as técnicas extragrupal seriam a atribuição comportamental para testar o comportamento fora do grupo e as tarefas de casa de forma geral. Outras técnicas inseridas de acordo com o contexto da sessão seriam a representação de papéis, ensaio cognitivo, constestação de crenças errôneas, reestruturação cognitiva, atribuição de significado, teste de percepções, validação consensual para submeter ao consenso do grupo determinado comportamento e outras.

Esta minha abordagem reflete a trajetória intelectual, os referenciais que tenho utilizado e por onde transitou a escolha em desenvolver um trabalho em grupo com hipertensos, sem perder de vista a problemática do portador de doença crônica.

O trabalho que venho desenvolvendo com grupo encontra-se em fase inicial, tanto no que tange a grupo especificamente, como ao referencial cognitivo - comportamental, mas gostaria de tecer algumas observações desta minha vivência.

Primeiro, são as várias abordagens com suas respectivas técnicas terapêuticas que podem ser utilizadas na modalidade de grupo, atendendo a um contingente extenso de patologias, sintomatologias, situações ou clientela específica, seja buscando a prevenção, melhor resposta terapêutica, reabilitação, aumento da adesão ao tratamento ou promoção do bem-estar. Cabe reiterar que o grupo propicia uma riqueza de modelos, de pares e de reforço social, constituindo-se em um espaço considerado um laboratório natural para aprendizagem, segundo alguns autores.

O grupo ainda propicia uma linguagem mais acessível para os pacientes, devido a este tipo de trabalho diminuir a distância entre terapeuta e condições de vida do paciente, pois:

"Colocado entre pares, o paciente poderá exprimir os sentimentos e cotejar sua experiência com um conjunto de pessoas que compartilham com ele do mesmo universo sócio-cultural. A palavra do parceiro, do grupo, talvez contenha maior plausibilidade, isto é, talvez possa veicular modelos de identificação mais próximos, mais apreensíveis, do que o oferecido pelo terapeuta" (BEZERRA, 1994, p. 167).

Outro aspecto importante constitui-se em ser uma modalidade de intervenção factível de ser utilizada por vários profissionais, sejam da saúde - psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas - ou da área da educação, gerentes e outros.

De acordo com minha observação, possivelmente, o grande benefício do grupo seja os fatores inespecíficos ou mecanismos terapêuticos já citados anteriormente, que permeiam essa modalidade de intervenção. Esses fatores favorecem a aplicabilidade de outras técnicas específicas, como o Treinamento em solução de problemas ou habilidades sociais, e um aspecto interessante é que no grupo, estes fatores - universalidade, altruísmo, comportamento imitativo e outros - se retroalimentam, acumulando os benefícios, pois a resposta de um elemento passa a ser um antecedente para a outra pessoa e assim por diante.

Mas trabalhar com grupo é mais do que agrupar pessoas com alguma particularidade em comum. Há necessidade de conhecimento e investimento profissional quanto à dinâmica grupal, às técnicas de aquecimento, de desinibição, de relaxamento, sobre conceitos importantes, como coesão, aprendizagem por observação, enfim, ter uma base teórica sobre o processo grupal e um referencial a ser seguido, que em nosso caso, constitui a abordagem cognitivo-comportamental.

E por fim, sugerimos a realização de pesquisa para avaliar e documentar os efeitos da intervenção em grupo de acordo com o tempo de tratamento, tipo de intervenção implementada e os fatores intervenientes que ocorrem no grupo.

Observa-se, ao trabalhar com grupo, que a partir das dinâmicas grupais, seus elementos evoluem rapidamente para um estado de bem-estar, mas como reflexão final, perguntamos: o grupo é por si só terapêutico no sentido de promover benefícios e, neste caso, qual seria a abrangência desses benefícios? Ou o grupo funciona como um veículo condutor, favorecendo a aplicação de modalidades terapêuticas e neste caso, quais seriam os fatores intervenientes desse processo?

[1]*Docente da Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em psicologia (UFES). Doutoranda em enfermagem pela EEUSP-SP.*
e-mail: nagelavc@terra.com.br

Referencias bibliográficas

BEZERRA, JR. B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Silvério Almeida Tundis, Nilson do Rosário Costa (org). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1994. P. 134-169.

BLAIR, T. Integration and synthesis: cognitive behavioral therapies within the biological paradigm. J. Psychosoc Nurs. v. 34, n. 12, p. 26-31, 1996.

RAMONES, V. A. Education as psychiatric intervention: the cognitive-behavioral context. J. Psychosoc. Nurs. v. 35, n. 12, p. 29-36, 1997.

CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo, Santos, 1999.

ENGEL, B. T.; GLASGOW, M. S.; GARDER, K. R. Behavioral treatmente of high blood pressure: III. follow-up results and treatment recommendations. Psychosom. Med.. v. 45, n. 1, p. 23-30, 1983.

GARCÍA-VERA MP; Sanz J; Labrador FJ. Psychological changes accompanying and mediating stress- management training for essential hypertension. Applied Psychophysiology and Biofeedback. V. 23, n. 3, 1998, p. 159-177

HAWTON, K. et al. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos. um guia prático. São Paulo, Martins Fontes, 1997.

HYMOVICH, D. P., HAGOPIAN, G. A. Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach. Philadelphia, W. B. Sauders, 1992.

JULIUS S. et al. Autonomic nervous and behavioral factors in hypertension. In: Laragh J H, Brenner B N M editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. New York: Raven Press, 1995, p. 2557-68.

NAKAO, M. et al. Clinical effects of blood pressure biofeedback on hypertension by auto-shaping. Psychosom. Med. v. 59, n. 3 p. 331-38, 1997.

NEZU, M., NEZU, C. M. Treinamento em solução de problemas. In CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo, Santos, 1999. cap. 22, p. 471-93.

ROSE, S. D. Psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo. In: KAPLAN, M. I.; SADOCK. B. J. Compêndio de psicoterapia de grupo. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p. 173-80.

SENSKY, T. Cognitive therapy with patients with chronic physical illness. Psychother. Psychosom. v. 52, n. 1/3, p. 26-31, 1989.

TOMASI, N. G. S. Convivência em grupo: uma modalidade para aprender e ensinar a enfrentar a situação crônica de saúde. Santa Catarina, 1996. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

VINOGRADOW, S.; YALOM, I. D. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona, Paidós, 1996.

DOR CRÔNICA, TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

[1]**Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta**

1. Introdução

Dor crônica é um quadro complexo onde elementos biológicos, emocionais e socioculturais estão imbricados de modo indivisível, na determinação, apreciação e expressão do fenômeno doloroso. Dor crônica é mais que um sintoma. É uma doença de per si. É aquela que não desaparece após a cura da lesão ou que está relacionada a processos patológicos crônicos13. Sua presença constante e duração prolongada, em geral, é muito perturbadora para quem a sente. Acarreta alterações nas atividades físicas, no sono, na vida sexual, modificações do humor, baixa auto-estima, distorções cognitivas, apreciação desesperançada da vida, altera as relações familiares, de trabalho e de lazer.

Dor crônica não é só produto de uma lesão. O modelo biomédico tradicional prevê a doença como decorrente apenas de anormalidades biológicas de um órgão ou sistema, que pode ser identificada por exames e testes objetivos, cuja origem pode ser claramente classificada como somatogênica e psicogênica. Nesse referencial teórico a intervenção se processa sobre o órgão comprometido e o tratamento resulta na cura da doença e desaparecimento dos sintomas4. Esse modelo não se aplica à dor crônica 19. Dor crônica é um fenômeno complexo cuja percepção, apreciação e expressão resultam de inúmeras interações entre a atividade das vias e unidades nociceptivas e supressoras de dor e elementos biológicos, emocionais, cognitivos e socioculturais do indivíduo. Apesar de freqüentemente a queixa dolorosa iniciar-se com a agressão tecidual, nos quadros dolorosos crônicos, muitas vezes, não há mais lesão observável ou esta é desproporcional à queixa de incapacidade e sofrimento. Nessas situações, admite-se que a manutenção do quadro doloroso esteja relacionada a fatores psicossociais, culturais, ambientais e, possivelmente, a aspectos biológicos ainda não completamente compreendidos 13,17,18. Os estudos têm mostrado resultados coerentes com a concepção de que aspectos psicossocioculturais influenciam no modo de o doente perceber, expressar e lidar com a dor.

2. A Teoria Cognitivo-Comportamental e a dor crônica

Apesar dos inegáveis avanços no conhecimento dos aspectos anatômicos, fisiológicos e neuroquímicos da dor, do desenvolvimento de novos fármacos e de complexas técnicas analgésicas físicas, anestésicas e cirúrgicas, o controle das síndromes dolorosas crônicas é variável, con-

siderando-se os quadros álgicos de diferentes doentes com o mesmo tipo de patologia e no mesmo doente ao longo do tempo, o que reforça a compreensão de que outros aspectos, além dos biológicos, estão envolvidos na manutenção ou magnificação da sintomatologia. Modelos teóricos que consideram a importância dos aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e culturais, para o manejo da dor ganharam impulso no final da década de 60 e início da década de 70, amparados pela Teoria da Comporta da Dor 16,20,10.

A Teoria da Comporta12 forneceu a estrutura teórica que explicou a integração de estímulos periféricos aos fenômenos corticais e afetivos. Esse modelo teórico prevê que no corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal e, em outras estruturas rostrais do sistema nervoso central, ocorre a modulação da dor. Na medula espinhal, estímulos nóxicos advindos da periferia interagem com estímulos periféricos não-nóxicos (mecânicos e térmicos) e com estímulos nervosos descendentes, inibitórios ou excitatórios, advindos da ativação de estruturas encefálicas. Esses sistemas descendentes, rostro-caudais, são ativados e sofrem interferência do pensamento e do afeto (conceito individual sobre dor, atribuição de significado à situação, experiências passadas e ocorrência de ansiedade ou depressão, entre outras), de estímulos nóxicos (a própria dor), de impulsos não nóxicos oriundos do sistema sensitivo-discriminativo (tato e temperatura) e de estímulos advindos dos órgãos do sentido (sons, imagens, cheiros). Dessa interação (periferia, medula espinhal e estruturas encefálicas), a transmissão do impulso nervoso será modulada (abre-se ou fecha-se a comporta) e, do corno posterior da medula, levada à estruturas sub-corticais e corticais envolvidas na percepção e na apreciação da dor. Essa teoria prevê a somação de estímulos, isto é, a dor resultante final não depende apenas da quantidade de nocicepção, mas da sua interação com diversos outros estímulos 11,12,. Com o tempo, demonstrou-se que alguns aspectos da Teoria da Comporta da Dor estavam incorretos, mas a estrutura geral do modelo continuou válida e fundamentou as bases da teoria da interação sensorial. A Teoria da Comporta propiciou o desenvolvimento de diversas intervenções para o controle dos quadros dolorosos, incluindo as que se propõem a atuar nos componentes afetivos, cognitivos e comportamentais da dor. Tais intervenções encontraram suporte na Teoria Cognitivo-Comportamental 5,7,10,16,20,21.

FORDYCE em 1976[7], introduziu os preceitos da Teoria Cognitivo-Comportamental na área de controle da dor crônica 7,10. A perspectiva cognitivo-comportamental para o manejo da dor crônica compreende a "reorganização" dos processos cognitivos, biológicos, comportamentais, socioculturais e ambientais. Fundamenta-se no pressuposto de que todos esses processos influenciam-se mutuamente, visando promover o melhor ajustamento entre o indivíduo e seu ambiente. A pessoa é vista como processadora ativa das informações e, o comportamento, como determinado pela interação das crenças, regras e emoções do indivíduo com o ambiente. Propõe que os indivíduos podem aprender modos mais adaptativos de pensar, sentir e comportar-se, e são os agentes fundamentais desse aprendizado e mudança. Há o objetivo de se utilizar manipulações ambientais (reforços) e a possibilidade de a pessoa questionar-se, reavaliar seus comportamentos, pensamentos e sentimentos e adquirir habilidades e confiança para modificar os considerados pouco adaptativos3,19,20,21. Comportamento adaptativo é compreendido como uma resposta apropriada, que auxilia o indivíduo a interagir mais efetivamente com o seu meio. É o processo de ajustar comportamentos e atitudes para continuar a viver de modo satisfatório, segundo avaliação do próprio indivíduo 1,5. Comportamento adaptativo pode ser compreendido como o conjunto de respostas (sentimentos, pensamentos e o próprio comportamento observável), que auxiliam o indivíduo a interagir mais satisfatoriamente com o seu ambiente. O objetivo é o ajustamento, isto é, estabelecer uma relação harmoniosa com o ambiente físico e social de modo a satisfazer as necessidades dos indivíduos 5.

No espectro cognitivo-comportamental, o interesse é auxiliar os doentes a identificar seus pensamentos, atitudes, crenças e comportamentos pouco adaptativos. A reconhecer o impacto dos pensamentos, atitudes e emoções sobre a dor e estabelecer correlações entre cognição, afeto e comportamento. Busca-se melhorar a auto-estima, reforçar a autoconfiança e auxiliar o doente a refletir sobre si mesmo e sobre suas concepções de dor e tratamento. Os doentes são encorajados a aprender e a utilizar novas estratégias para lidar de forma eficaz com o quadro doloroso, utilizando comportamentos mais adaptativos. A variabilidade dos resultados das abordagens tradicionais para o controle da dor crônica, têm levado à ênfase em tratamentos como reorganização cognitiva, exercícios e relaxamento, entre outros, e não apenas o uso de medicação e cirurgias 3,6,20.

A possibilidade do uso de conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental no manejo de doentes com dor crônica advém do fato de que as crenças, as atitudes, os valores e os comportamentos relacionados à saúde em geral, e à dor em especial, são culturalmente adquiridos e podem ser modificados. MELZACK e WALL 11 postulam que "a quantidade e a qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e do quanto nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas conseqüências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor".

Crianças aprendem com seus pais e outras pessoas significativas o modo de interpretar um sintoma, de atribuir-lhe significado, de expressar um desconforto e responder à doença, lesão ou dor. O comportamento de dor (aquilo que alguém faz ou não, diz ou não, que leva outrem a deduzir que ele tem dor) são aprendidos pela observação de alguém com dor. O comportamento de dor inclui mudanças na expressão facial e corporal, alterações das atividades, emissão de sons e palavras utilizadas para descrever seu estado e pedir auxílio. Comportamentos de dor podem ser manifestados pelos doentes em freqüência e magnitude diferentes e não representam apenas a magnitude da lesão tecidual. Fatores socioculturais, emocionais e ambientais também contribuem para a sua manifestação. O aprendizado de como se comportar, do que fazer quando se tem dor, de que significado atribuir ao evento, serve para preservar a integridade. Dependendo de como foram ensinadas, as pessoas podem ser mais ou menos propensas a ignorar ou supervalorizar a dor, possuir um ou outro conceito de como se tratar e a quem procurar nessas situações 2,8. Apesar da incontestável importância do meio cultural no aprendizado do comportamento, indubitavelmente, sempre haverá espaço para a construção particular de cada indivíduo dos modos de ver, sentir, julgar e expressar os eventos, a partir de características biológicas e psíquicas próprias.

O fato de que dor é, também, um comportamento aprendido, possibilita o uso de conceitos da teoria comportamental como aprendizagem, modelagem, comportamento operante, resposta, reforço, condicionamento, privação, punição, esquiva e análise funcional, entre outros. No cuidado a doentes com dor crônica é freqüente observar-se pessoas ou situações ambientais que reforçam o comportamento doloroso de incapacidade e autopiedade dos doentes. A identificação de tais fatores requer o esclarecimento do doente e circundantes de tais fatos e a organização de programas terapêuticos que visem a reforçar repostas adaptativas e a extinguir respostas disfuncionais 9.

Segundo a óptica cognitivo-comportamental, os valores, as atitudes, as crenças, as expectativas, o julgamento do doente sobre a situação e sobre a confiança na sua capacidade de lidar com a situação determinam a experiência da dor 21; o julgamento do doente sobre a eficácia de vários tratamentos influi na efetividade das intervenções para o controle da queixa álgica e fatores cognitivos podem exacerbar a dor e o sofrimento, contribuir para a incapacidade e influenciar nas respostas ao tratamento 14,20.

As crenças, o conhecimento e as atitudes dos doentes sobre dor e analgesia influenciam a apreciação, a expressão e o manejo da dor e há, na literatura, observações clínicas desse fato. Em estudo realizado14 tinha-se como hipótese que os doentes possuíam crenças "errôneas" sobre dor oncológica e analgesia e que isso poderia interferir na vivência de dor, o que de fato pôde ser observado. Foram avaliados 57 doentes com dor crônica de origem neoplásica. Encontrou-se que grande parte dos doentes entendia a dor em casos de câncer como incontrolável e fatalmente mais intensa nas fases finais da doença. Os doentes julgavam que os remédios utilizados eram muito fortes e perigosos e que analgésicos só se usam quando há dor intensa. Analisando-se a influência das crenças e atitudes sobre dor oncológica e analgesia, na intensidade da dor, encontrou-se correlação negativa, isto é, quanto menos "adequadas" eram as crenças e atitudes sobre dor oncológica e analgesia, maior foi a intensidade da dor. A confirmação da hipótese de que as crenças e os julgamentos dos doentes sobre sua dor e tratamento, repercutem na vivência do quadro doloroso é de extrema importância para subsidiar a atuação educativa para o controle da dor.

Doentes com dor crônica, freqüentemente, apresentam comportamentos que desafiam a compreensão. Relatam história prolongada de dor,

uso de muitos medicamentos para o controle da queixa, realização de muitos exames e cirurgias e de tratamentos com vários profissionais, sem que o sucesso esperado tenha sido alcançado. Relatam também história de incapacidade, restrição de atividades, sofrimento, desajustes matrimoniais e profissionais. Intrigante é perceber que, muitas vezes, procuram o mesmo tipo de tratamento ao qual já se submeteram sem resultados positivos. No entanto, resistem quando orientados a se engajarem em outras atividades (exercícios, relaxamentos, readaptação ao trabalho e menos medicamentos) e, muitas vezes, a recomendação é vista com ceticismo e raiva. Contrapondo-se ao descrito, alguns doentes com quadros semelhantes apresentam respostas mais favoráveis, menor sofrimento e incapacidade.

Acredita-se que os comportamentos de alguns doentes com dor crônica podem estar associados a aprendizagens sobre a atribuição de significado à dor e sobre o modo de se comportar quando a vivenciam, entre outras possibilidades, baseadas no modelo de dor aguda 3,6,20,21. O comportamento nas situações de dor aguda, de fato, envolve a imobilização da área afetada, a diminuição da atividade geral, a compreensão de que há algo errado com o organismo e a emissão de comportamentos de dor para obter ajuda. Se o agravo for identificado e tratado, o problema e a dor serão curados e desaparecerão. Ainda, comportamentos de solicitude das pessoas para o indivíduo com dor, freqüentemente, estão presentes nos quadros de dor aguda, visto a necessidade de restrição da área lesada e a duração limitada do agravo. No quadro de dor crônica não-neoplásica, não há mais lesão ou essa já não é proporcional à queixa; a ajuda profissional, na maioria dos casos, já foi obtida; a restrição à movimentação é contra-indicada e a duração do quadro é imprevisível.

Doentes com dor crônica, freqüentemente, apresentam crenças, atitudes e comportamentos errôneos, possivelmente aprendidos pela experiência de dor aguda. Muitos doentes acreditam que se há dor, há lesão e uma "causa" para a dor, e que esta "tem" que ser "descoberta", que devem imobilizar a região com dor, que a atividade física piora a lesão, que suas emoções não têm relação com a dor, que dor sempre resulta em incapacidade, que merecem atenção especial pela sua situação de dor e que o único resultado aceitável para seu quadro é a eliminação total da dor. Tais concepções parecem influir no comportamento doloroso, no sofrimento e distresse emocional, na adesão à terapêutica, na incapacidade física, no retorno ao trabalho, na procura pelo sistema de saúde e na persistência do quadro álgico, entre outros aspectos. Se tais premissas forem verdadeiras, identificar os pensamentos automáticos negativos e as crenças disfuncionais é fundamental para que intervenções que visem a reorganizá-las possam ser propostas.

Em estudo realizado em nosso meio, as atitudes de 69 doentes foram investigadas por meio do Inventário de Atitudes frente à Dor-versão breve, validado para a língua portuguesa15. O inventário permitiu a avaliação das atitudes frente a sete domínios da experiência dolorosa crônica: controle, emoção, incapacidade, dano físico, medicação, solicitude e cura médica. Parcela de doentes (41,7%) disse crer na influência pessoal no controle da dor; metade considerou-se favorável à solicitude de outros frente à sua manifestação de dor; 51% julgou que dor significa dano físico; 56,9% reconheceu a relação entre suas emoções e a intensidade da dor; 57,5% relatou que dor incapacita; 63,3% cria que medicamentos são o melhor tratamento para o controle da dor crônica e 73,8% acreditavam na existência de cura médica para a dor crônica15. Essas mesmas atitudes foram avaliadas em dois momentos, logo após a admissão no serviço e entre 6 e 15 meses após o início do tratamento em serviço de dor, e não se observaram diferenças estatisticamente significantes. Isto é, as atitudes dos doentes frente à dor não se modificaram com o tempo15. Tais fatos sugerem que crenças disfuncionais estão presentes, que estas não se modificam espontaneamente ao longo do tempo, e que intervenções específicas para trabalhar com tais crenças devem ser organizadas e implementadas.

3. A enfermeira e o doente com dor crônica: aspectos educacionais, cognitivos e comportamentais

Quando se fala em papel e atuação profissional há que se pensar nos diversos aspectos que compõem e definem o desempenho de um dado profissional, tais como, a formação acadêmica, as competências legais, a filosofia da instituição de trabalho, a disponibilidade e as características dos recursos humanos e materiais do serviço e a qualificação técnica e psicossociocultural individual. Do entrelaçamento desses fatores podem resultar estilos de atuação com diferenças significativas, especialmente nas situações que representam áreas novas do conhecimento, nos quais o modelo téorico-clínico é recente ou está em construção, como nos casos da atuação da enfermeira em Clínicas de Dor. Portanto, não há um padrão fixo a ser descrito, e o que se apresenta baseia-se nos aspectos formais da profissão, na literatura existente e na opinião e experiência da autora.

A formação acadêmica das enfermeiras caracteriza-se pela abrangência. Envolve o estudo da epidemiologia, microbiologia, imunologia, anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia, nutrição, psicologia e psiquiatria, sociologia e saúde pública, entre outras disciplinas. Tais conteúdos servem de base para a organização de disciplinas específicas de enfermagem (enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem gerontológica e geriátrica, enfermagem em saúde coletiva e enfermagem psiquiátrica, entre outras) que visam a preparar o profissional para o atendimento dos indivíduos nas diversas fases do ciclo vital e com diferentes condições de saúde e doença. De modo genérico pode-se dizer que a assistência de enfermagem centra-se nas premissas da unicidade física, psíquica, social e espiritual do indivíduo, e do direito deste ao autocuidado, como estratégia para alcançar a independência. A formação abrangente das enfermeiras lhes permite importante versatilidade de ação, e as coloca em posição única na equipe de saúde, pois as torna capazes de atuar considerando as perspectivas biológica e psicossocial, podendo enfatizar ora uma ou outra linha de pensamento, dependendo das necessidades do doente, das características do serviço e do profissional.

Nas situações de dor crônica, geralmente, não há expectativa de morte, o quadro doloroso se estende por vários anos, muitas vezes a dor é a doença em si, nem sempre há lesão identificável, a relação entre lesão e dor é muitas vezes pobre, o controle da dor é mais difícil, os métodos farmacológicos são de menor resolutibilidade, freqüentemente há questões profissionais envolvidas e os prejuízos sociais, familiares e pessoais, advindos do quadro álgico, são enormes. O afastamento do trabalho e das responsabilidades familiares ocasiona grandes perdas financeiras para os doentes, familiares, sistema de saúde e sociedade como um todo, além de alterar o cotidiano do doente e família. Fatores socioculturais e psíquicos, além dos biológicos, parecem influir de modo importante na aquisição, expressão e manutenção do comportamento doloroso (verbalização de dor, posturas de proteção e de imobilização, expressão facial de desconforto, procura pelo sistema de saúde, ingestão de analgésicos, afastamento do trabalho e de atividade físicas, entre outros). Dor como uma manifestação socialmente aprendida, baseada em crenças e atitudes pouco adaptativas, mantida por expectativas irrealistas e comportamentos disfuncionais, e como forma de ganho secundário de natureza psíquica, social ou econômica, parece ser mais importante nos quadros de dores crônicas não oncológicas do que nos quadros de dor aguda e dor crônica oncológica. Doentes e familiares vivenciam a dor como algo misterioso e freqüentemente o doente é desacreditado, visto que muitas vezes não se encontra lesão observável, não há um diagnóstico sobre a causa da dor, o quadro se estende há anos, as intervenções analgésicas apresentam resultados modestos e o doente continua se queixando. Ocorre comprometimento das responsabilidades laborativas e domésticas, o doente apresenta-se deprimido e se esquiva de diversas atividades sociais e físicas. As palavras-chave para a atuação da enfermeira junto a esses doentes são educação e suporte.

A avaliação do doente com dor crônica compreende aspectos relativos às condições físicas (lesão, sistema neurológico, muscular, limitações, etc.), às características da dor, às resposta comportamentais e emocionais apresentadas, situação trabalhista e ao funcionamento na vida diária, entre outros. Deve ser feita de modo multiprofissional. Há que se definir quais aspectos merecem ser avaliados em determinados grupos de doentes ou em determinado doente, organizar estratégias que possibilitem essa avaliação, sintetizar os achados, estabelecer modos para o compartilhamento dos dados entre a equipe e estabelecer periodicidade das avaliações para se verificar mudanças ao longo do tratamento, o que pode representar a efetividade das intervenções propostas e a necessidade de reajuste da terapêutica. Ênfase especial deve ser dada ao conhecimento, crenças, atitudes, expectativas, comportamentos e modos do doente e familiares lidarem com a dor e à adesão ao tratamento.

Relativo aos doentes com dor crônica, as intervenções em que cabe atuação da enfermeira, de modo independente ou colaborativo, são de natureza farmacológica, física, educativas e cognitivo-comportamentais.

Serão discutidas alguns aspectos sobre as intervenções educativas e cognitivo-comportamentais.

Programas educativos, básico e especiais, podem ser oferecidos a doentes com dor crônica. Todos os doentes devem participar de programa educativo geral e de programas educativos especiais. Há que se destacar, especialmente, os programas educativos sobre adesão e sobre a relação cognição, emoção comportamento e dor. O conteúdo de um programa educativo básico sobre dor e seu manejo compõe-se de três partes: compreendendo a dor e seus componentes, intervenções farmacológicas e intervenções não farmacológicas, onde se incluem as de cunho cognitivo-comportamental. Tal programa pode ser desenvolvido com carga horária diferente, enfatizando-se uma ou outra parte, dependendo do tipo de clientela, das possibilidades, da filosofia e objetivos do serviço.

Adesão ao tratamento é um problema nas situações crônicas de saúde. Não adesão ou adesão parcial compromete a eficácia da terapia, pode piorar a situação de sofrimento e a incapacidade dos doentes, confunde os profissionais quanto à efetividade dos métodos e representa gasto desnecessário ao sistema de saúde. Doentes com dor crônica aderem pouco ao tratamento e razões de ordem cultural (conceitos, crenças e expectativas sobre os métodos terapêuticos), econômica (dificuldade de aceso aos tratamentos e ao sistema de saúde) e relacionadas ao próprio tratamento (efeitos colaterais, complexidade da proposta, falta de tempo para a implementação das recomendações) são apontadas como justificativas para tal fato. Em estudo em que se avaliou 30 doentes com dor crônica durante seis meses, observou-se que o índice de não adesão foi em torno de 15%, o de adesão parcial em torno de 50%, e que esses valores se mantiveram estáveis ao longo do tempo (Kurita, Pimenta,2000). Programas educativos que discutam esses aspectos e o estabelecimento de estratégias para a identificação e reformulação de crenças que possam influir na adesão devem ser implementados.

A influência mútua entre pensamento, comportamento, emoção e dor é explorada, entre outras, pela Teoria Cognitivo-Comportamental. Programas educativos que discutam tal relação parecem ser importantes para o adequado cuidado a doentes com dor crônica. Nessa concepção teórica acredita-se que a dor é, também, um comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interação do indivíduo com o meio ambiente; que o indivíduo não é receptor passivo de informações e pode aprender ou re-aprender comportamentos mais adaptativos, isto é, que tragam maior funcionalidade e bem estar. Acredita-se que os pensamentos (atitudes, expectativas, crenças, entre outros) podem afetar os processos psicológicos, influenciar o humor, determinar comportamentos e ter conseqüências sociais. Por outro lado, o humor, processos emocionais, o ambiente social e os comportamentos podem influenciar os processos de pensamento. Doentes com dor crônica apresentam, com freqüência, pensamentos catastróficos, generalizantes, do tipo tudo ou nada, entre outros. Programas que discutam a interação entre os pensamentos, emoções, ambiente e comportamento do indivíduo, que auxilie os doentes na identificação de pensamentos, crenças e comportamentos disfuncionais podem promover mudanças nesses, visando ao melhor manejo da dor.

Nas intervenções cognitivo-comportamentais é dada ênfase na participação ativa do doente no tratamento. O doente dialoga, reflete e aprende a reconhecer os efeitos mútuos da dor sobre seu comportamento, pensamento e emoção. Aprende a identificar seus pensamentos e crenças disfuncionais, a procurar evidências que sustentem suas concepções, a debater suas crenças e a investigar alternativas de conceitos e de atribuição de significados. Aprende também novas estratégias comportamentais para o enfrentamento da dor, freqüentemente relacionadas a técnicas de relaxamento e distração, visando minimizar a magnitude do quadro. Os familiares também devem ser orientados sobre as relações comportamento doloroso, crenças, emoção e ambiente. É muito importante que participem das atividades educativas. Devem ser alertados sobre não reforçar conceitos e comportamentos disfuncionais, especialmente os de incapacidade e a estimular e reforçar os comportamentos saudáveis.

As ações de suporte ao doente com dor crônica referem-se a reconhecer sua frustração e sofrimento com a evolução do quadro mas, principalmente, apoiá-lo na busca de modos mais adaptativos de pensar e comportar-se frente à dor. Visam amparar o doente no processo de compreensão de que continua tendo uma vida, apesar da dor. Essas modificações são lentas, demandam reflexão e muita energia pessoal, modificação da dinâmica familiar, das condições ambientais e às vezes da atividade profissional.

4. Conclusão

Dor crônica compõe-se de aspectos físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais. A Terapia Cognitivo-Comportamental pode fornecer referencial teórico e estratégias terapêuticas para auxiliar os doentes e familaires, individualmente ou em grupos, a lidarem com os quadros dolorosos crônicos. As enfermeiras, pelas características de sua formação, que enfatiza a unicidade biosicossocial e lhe permite variada gama de atuação, pela presença em todos os aparelhos de saúde e pelo contato freqüente e prolongado com doentes e familiares, está em posição privilegiada para desenvolver atividades educativas e que permitam aos doentes e familiares refletirem sobre a relação comportamento, cognição, emoção, ambiente e dor, a identificarem comportamentos e pensamentos disfuncionais e buscarem desenvolver de comportamentos e crenças mais adaptativos.

[1]*Enfermeira. Profa Livre-Docente do Depto de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.*

Referências Bibliográficas

1. BATES, M.S.; RANKIN-HILL, L. Control, culture and chronic pain. Soc.Sci.Med. v.39, n.5, p.629-45, 1994.
2. BATES, M.S.; RANKIN-HILL, L; SANCHEZ-AYENDEZ, M. The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. Soc.Sci.Med. v. 45, n. 9, p. 1433-47, 1997.
3. BRADLEY, L. A.A. Cognitive behavioral therapy for chronic pain. In: GATCHEL R.J.; TURK, D.C. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. New York, Guilford, , 1996. cap. 6, p.131-47.
4. CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense, 1982.
5. CHAPLIN, J. P. Dictionary of psychology. 2.ed., New York, Laurel, 1985.
6. DeGOOD, D.E.; SHUTTY, M.S. Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy. In: TURK, D.C; MELZACK, R. (eds). Handbook of pain assessment. New York, Guilford, 1992. cap. 13, p. 214-35.
7. FORDYCE, W.E. Behavioral methods for chronic pain and illness. Saint Louis, Mosby, 1976. p.4-25.
8. HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, cap. 7. p.165-75.
9. HOLLAND, JG; SKINNER, BF. A análise do comportamento. 6a ed. São Paulo, EPU, 1975.
10. KEEFE, F.J.; LEFEBVRE, J.C. Behaviour therapy. In: WALL, P.; MELZACK, R. Textbook of pain. 3.ed., Edinburgh, Churchill Livingstone,1994. cap. 76, p.1376-80.
11. MELZACK, R.; WALL, P. D. The Challenge of Pain. 2 ed. London, Penguin Books, 1991. p.15-33.
12. MELZACK,R.; WALL, P.D. Pain mechanisms: a new theory. Science, v.50, p.971-9, 1965.
13. MERSKEY,H.; BOGDUK, N. (eds) Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2.ed. Seattle, IASP Press, 1994.
14. PIMENTA, C. A. M. Aspectos afetivos, culturais e terapêuticos relacionados à dor no câncer. São Paulo, 1995. 133 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
15. PIMENTA, C. A. M. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor. São Paulo, 1999, 103p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
16. SANDERS, S.H. Operant conditioning with chronic pain. Back to basics. In: GATCHEL R.J.; TURK, D.C. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. New york, Guilford, 1996, cap. 5, p.112-30.
17. TEIXEIRA, M.J. Dor, fisiopatologia e tratamento. In: NITRINI, R. A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo, Maltese, 1991, cap.11, p.203-11.
18. TEIXEIRA, M.J. Fisiopatologia da dor. Rev. Med., n.75, v.1, p.-20, 1997.
19. TURK, D.C. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: GATCHEL R.J.; TURK, D.C. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. New York, Guilford, 1996. cap.1, p. 3-32.
20. TURK,D.C; MEICHENBAUM, D. A cognitive-behavioral approach to pain management. In: WALL, P.; MELZACK, R. Textbook of pain. 3.ed., Churchill Livingstone, Edinburgh. 1994, cap. 74, p.1337-48.
21. TURK,D.C; MEICHENBAUM, D; GENEST, M. Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective. New York, Guilford, 1983.

COGNIÇÕES E SUA FUNÇÃO COMO ESTRESSORES INTERNOS EM HOMENS E MULHERES

MARILDA NOVAES LIPP
PUC Campinas mlipp@estresse.com.br

A terapia cognitiva atualmente atrai a atenção dos pesquisadores à medida que seus conceitos são progressivamente definidos de modo mais claro e objetivo. Existem dezenas de artigos publicados sobre a eficácia da terapia cognitiva em inúmeras patologias clínicas e ela comprovadamente se destaca dentre as mais eficazes, como no tratamento de depressão e ansiedade, de modo que seu lugar como prática terapêutica de excelência já está confirmado.

Deste modo, há de se aceitar que as cognições, ou crenças irracionais, ocupam um lugar central na ontogênese de uma série de distúrbios psicológicos e psicofisiológicos. Não há certeza, no entanto, de quais são as cognições comprometedoras mais freqüentes na população brasileira e, também, se há diferenças entre as crenças irracionais mantidas por homens e mulheres com dificuldades psicológicas.

No estudo dos efeitos do stress emocional, as crenças irracionais, como descritas por Albert Ellis (1973), são consideradas como possíveis fontes de stress em adultos (Lipp, 2000) tanto que o tratamento conhecido como Treino psicológico de Controle do Stress(TCS), pormenorizado em Lipp & Malagris(1998) , tem como pedra fundamental ,onde todo ele se apoia a reestruturação cognitiva de crenças irracionais. O campo do stress se torna, assim, excelente para o estudo da influencia das cognições na saúde mental e na qualidade de vida dos indivíduos.

O presente trabalho objetivou: (1) verificar a presença de crenças irracionais nas pessoas portadoras de sintomatologia do stress; (2) identificar se ha diferença significativa entre as cognições geradoras de stress em cada sexo e (3) se o TCS, com a reestruturação cognitiva, nos moldes propostos por Albert Ellis é eficaz na redução ou eliminação das crenças irracionais que poderiam estar gerando stress nessas pessoas.

A amostra se constituiu de 200 pessoas que se auto diagnosticaram como sendo portadoras de stress e que haviam procurado voluntariamente um tratamento para o stress. Cem homens e 100 mulheres foram.avaliados.

Os resultados indicaram que os respondentes possuíam sintomas de stress significativos e que 50% do grupo,como um todo, possuía três ou mais das crenças irracionais descritas por Ellis (1973), 10% possuía duas crenças irracionais e 7% possuía uma crença. Verificou-se também que 33% da amostra não possuía nenhuma das crenças avaliadas.

A crença mais freqüentemente assinalada pelas mulheres(68%) foi "é horrível quando as coisas não são exatamente como gostaríamos que fossem", indicando a inabilidade para lidar com frustração como uma vulnerabilidade ao stress. Dentre os homens, 62% assinalou que "deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo o respeito"como uma característica do seu modo de pensar., indicando uma cobrança interior muito grande que talvez pudesse ser responsável pelo stress detectado. A segunda e a terceira crenças irracionais mais mencionada pelas mulheres foram " deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo o respeito"e "deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas", respectivamente. Quanto aos homens, as crenças que se classificaram como a segunda e a terceira mais freqüentes foram "é horrível quando as coisas não são exatamente como gostaríamos que fossem"e certos atos são terríveis e pecaminosos e, por isto, devem ser severamente punidos", respectivamente.

O estudo indica uma diferença em fontes internas, cognitivas, de stress entre os sexos, que necessita ser mais profundamente estudada, porem algumas crenças, mesmo variando em freqüência, estavam presentes em ambos os sexos indicando uma maior universalidade.

O estudo também mostrou a presença de mais de três cognições estressantes em 50% dos participantes, indicando que o stress diagnosticado nestas pessoas possa estar sendo gerado por estas fontes internas de stress.

Conclui-se que um estudo aprofundado das cognições de pessoas estressadas deva ser conduzido e que estas devam ser avaliadas após a aplicação do TCS a fim de se verificar se este é eficaz como método de redução ou eliminação dessas fontes internas de stress.Concluiu-se também que existe uma necessidade grande de se conduzir maiores averiguações quanto às diferenças entre homens e mulheres no que se refere às cognições distorcidas, ou crenças irracionais, que possam estar interferindo não só na saúde dessas pessoas, mas também no relacionamento interpessoal na família e no trabalho.

Agradeço a Psicóloga Márcia Maria Bignotto Pereira pela colaboração na coleta desses dados no Centro Psicológico de Controle do Stress.

Referencias

ELLIS, A. (1973) Humanistic psychology: the rational-emotive approach. Nova Iorque:
Julian.
LIPP, M.E.N..(200) O Stress está Dentro de Você. SP:Contexto.2a. ediçao
LIPP, M.E.N. e MALAGRIS, L.E.N.(1998) Manejo do Estresse. In: B. Rangé (org.)
Psicoterapia Comportamental e Cognitiva.: pesquisa, prática, aplicações e problemas, pp. 279 - 292. Campinas: Ed. Psy II., 2a.ediçao

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE LESÃO CEREBRAL ADQUIRIDA-CPN-UNIFESP/EPM

Paula Adriana Rodrigues de Gouveia
Sílvia Adriana Prado Bolognani

O objetivo desta aula é apresentar a metodologia de trabalho de reabilitação neuropsicológica que vem sendo desenvolvida no Serviço de Reabilitação de Lesão Cerebral do Centro Paulista de Neuropsicologia (CPN).

Para isto, esta apresentação será composta pelo seguinte:

- breve caracterização estrutural do CPN
- descrição do contexto e especificidades em torno de uma lesão cerebral com seqüelas cognitivas
- descrição do método de trabalho do CPN

Apresentação do CPN

O CPN é um serviço particular, que tem como mantenedora a Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP), uma entidade sem fins lucrativos, vinculada ao Departamento de Psicobiologia da UNIFESP / EPM.

O CPN está estabelecido desde janeiro de 1998, oferecendo o Programa de Reabilitação Neuropsicológica a pacientes de 16 a 60 anos, portadores de lesão cerebral adquirida e não degenerativa. Atualmente, o CPN conta ainda com outras duas equipes que oferecem tratamento de reabilitação para portadores de demência (idosos), além de diagnóstico e acompanhamento para crianças.

A equipe do Serviço de Reabilitação de lesões adquiridas é composta por psicólogos, além de neurologista e assistente social.

Metodologia do trabalho de reabilitação neuropsicológica

Inicialmente, é importante fazer algumas considerações a respeito dos pacientes que tem seqüelas cognitivas e comportamentais decorrentes de um acidente cerebral, já que esta população tem características específicas, que influenciam diretamente a nossa metodologia de trabalho.

Em geral, estes pacientes eram pessoas saudáveis, que levavam uma vida normal. O acidente cerebral aparece como uma quebra abrupta que interrompe o curso da vida do paciente e, provavelmente, ele se tornará um paciente crônico. As seqüelas cognitivas e comportamentais de uma lesão cerebral causam mudanças drásticas e súbitas na vida do indivíduo e seus familiares, impondo limitações à vida profissional, aos planos pessoais, nas relações sociais e familiares.

Após um acidente, com a melhora do estado geral e afastado o perigo de vida, o paciente [e a família] entram em uma rotina de tratamentos. O que se observa é que as seqüelas motoras costumam responder positivamente às terapias e, ao longo dos primeiros meses, o paciente pode obter uma grande melhora cognitiva espontânea. Entretanto, muitas vezes o quadro cognitivo não acompanha a progressão contínua das melhoras motoras, tendendo a estacionar após alguns meses (cerca de 6 a 9 meses pós acidente, de acordo com a literatura). Esta discrepância entre a velocidade e o potencial de melhora motora X cognitiva, em geral não é muito bem compreendida pelos paciente e famílias, criando uma enorme expectativa com relação à "cura" dos déficits cognitivos.

Outro problema característico destes pacientes, é a dificuldade de auto-percepção e introspeção auto-crítica, que está presente na grande maioria dos casos. Isto pode gerar excessivo apego aos objetivos da vida anterior e forte recusa a atividades mais simples, redução das expectativas e uso de estratégias compensatórias.

Estudos de "outcome" mostram que 2 preditores de sucesso da reabilitação são: habilidades verbais e a auto-percepção. Isto porque quanto mais o paciente puder compreender e perceber suas limitações e capacidades, mais ele vai conseguir se envolver em projetos realísticos, condizentes com seu "status" atual. Daí a necessidade de que o paciente se envolva no tratamento de forma ativa, para que aceite e invista nas atividades e estratégias propostas. Daí a necessidade de se investir paralelamente na possibilidade de confrontar-se com os déficits e no sucesso em outras atividades. - por isso o trabalho cognitivo, individual, prioriza as funções preservadas.

Desta forma, um trabalho de reabilitação tal como é pensado no CPN, deve abordar não apenas as dificuldades cognitivas e sua manifestação no dia-a-dia do paciente, mas também os diversos outros aspectos relevantes, tais como a auto-estima, as emoções, a percepção de si, a adequação das expectativas de melhora e a reestruturação dos planos de vida individuais e familiares.

O trabalho do CPN fundamenta-se no conhecimento da neuropsicologia clínica e cognitiva e da psicologia clínica e comportamental, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, através do melhor aproveitamento das funções preservadas ou parcialmente preservadas, ensinando o uso de estratégias compensatórias, a aquisição de novas habilidades e propiciando a adaptação às perdas que serão permanentes. Além disto, procuramos promover a generalização, para que as aquisições do paciente durante o tratamento possam ser transpostas e utilizadas em sua vida diária.

No Serviço de Reabilitação do CPN, o trabalho realizado junto ao paciente e sua família se constitui em um processo longo, dividido em 4 etapas principais que serão descritas a seguir:

1. triagem e avaliação neurológica
2. avaliação neuropsicológica, criação e apresentação do plano de reabilitação e avaliação social
3. tratamento
4. alta e acompanhamento

1. Triagem

A triagem é fundamental para que a equipe conheça o paciente, sua família e possa, através do uso de alguns instrumentos, estabelecer se ambos podem se beneficiar do tipo de reabilitação oferecida pelo centro.

Esta triagem é realizada através de uma entrevista detalhada com o paciente e um familiar, para que se possa colher dados de história e verificar se este se encaixa no perfil dos pacientes atendidos pelo serviço.

Quais são os pacientes que apresentam uma melhora significativa com o método desenvolvido no Serviço de Reabilitação do CPN? Os indivíduos que apresentam melhor prognóstico são aqueles com idade entre 16 e 60 anos, sem antecedentes psiquiátricos, que apresentem alterações comportamentais leves, bom nível intelectual prévio, um núcleo familiar bem estruturado e disponível. Além disto, os pacientes portadores de lesões focais são privilegiados quando comparados àqueles com lesões difusas, embora estes últimos representem a grande maioria dos pacientes atendidos no CPN.

Nosso programa de reabilitação se destina a pacientes em fase pós-aguda (com pelo menos 6 a 9 meses após o acometimento cerebral), quando o quadro cognitivo tende a se estabilizar, tornando possível o estabelecimento de uma queixa principal. - O que observamos no nosso trabalho e é extensamente relatado na literatura, é que a retomada da rotina (o que for possível) é importante para que as dificuldades comecem a aparecer de forma mais clara. Isto ocorre devido a 2 aspectos: por um lado, como já foi mencionado, é mais ou menos nesta fase que a melhora espontânea cognitiva tende a estacionar e por outro lado, enquanto o paciente não volta a uma rotina, recebe menos ajuda e, às vezes até tenta retomar antigas atividades, ele e a família não conseguem perceber as dificuldades com muita clareza.

Quando o acidente ainda é muito recente, prioriza-se a orientação da família e do paciente para evitar que sejam criados problemas pela situação nova: dormir o dia todo ou tentar retomar todas as atividades anteriores; conversar sobre expectativas, procurar ampliar os interesses do paciente, manejar adequadamente a oscilação normalmente presente nos quadros orgânicos, alertar para os aspectos emocionais envolvidos, etc.

2. Avaliações

Após a triagem segue-se a Avaliação Neurológica, caso o paciente não esteja sendo acompanhado por um neurologista. Esta vai ajudar a estabelecer se é um quadro degenerativo ou não; esclarecer as bases orgânicas do quadro comportamental e motor; esclarecer o possível efeito e influência de medicações no quadro atual do paciente.

O caso é então discutido em equipe e se for aceito será encaminhado para as Avaliações Neuropsicológica e Social.

O objetivo principal da avaliação neuropsicológica é traçar um perfil cognitivo-comportamental do paciente, estabelecendo correlações entre os déficits, as capacidades preservadas e a vida diária. A avaliação neuropsicológica tem duração média de 5 horas e é realizada através de testes convencionais, baterias ecológicas e entrevistas detalhadas com familiares e paciente.

Na nossa prática, temos notado dificuldade de encontrar escalas de AVD e qualidade de vida adequadas a esta população e ao nosso contexto cultural.

Plano de Reabilitação

A partir dos resultados destas avaliações, será traçado um plano de reabilitação. Este plano é apresentado ao paciente e família, e tem como objetivo estabelecer metas a serem cumpridas pelo paciente a curto e médio prazo, bem como fornecer parâmetros que permitam à equipe monitorizar semanalmente os progressos e as reações do paciente frente ao tratamento. A apresentação do plano de reabilitação auxilia pacientes e famíliares a compreender o que será feito, além de promover o ajustamento de expectativas com relação ao tratamento.

O plano de reabilitação é individual, o número e os tipos de atendimento a serem realizados são estabelecidos a partir dos dados obtidos pelas avaliações neurológica, neuropsicológica e social. É importante destacar que os déficits cognitivos específicos e as dificuldades comportamentais de cada um serão observados considerando-se o contexto biológico, familiar, social e cultural em que se manifestam.

3. Tratamento

A partir desta proposta de abordar o paciente como um todo, envolvendo suas diversas facetas, foram estruturados diferentes tipos de atendimentos no Serviço de Reabilitação de Lesão Cerebral Adquirida do CPN. A seguir, estes serão descritos sucintamente:

Trabalho Cognitivo

É um atendimento que visa promover a reconstrução do dia-a-dia do paciente lesionado através da estruturação da rotina, inserindo novas atividades, ensinando o paciente a usar estratégias compensatórias ou ajudando-o a realizar antigas atividades de novas formas.

O trabalho cognitivo é baseado na avaliação neuropsicológica e no relato familiar e prioriza o trabalho com funções preservadas, utilizando-se de estratégias compensatórias para minimizar os prejuízos nas demais funções. A tarefa é programada levando-se em conta a motivação, as limitações do paciente, bem como a possibilidade de seu sucesso nas atividades propostas. Estas atividades devem ser inseridas em um contexto particular a cada paciente, para que possam ser transpostas para a vida diária.

Psicoterapia

A psicoterapia focal tem como objetivo proporcionar ao paciente um espaço individual de reflexão sobre sua condição pós-acidente cerebral e sobre as conseqüências cognitivas e emocionais da nova situação. Esta abordagem visa focar o enfrentamento das limitações impostas pela lesão.

Os encaminhamentos de um paciente para o trabalho de psicoterapia têm como critério a possibilidades de comunicação e participação ativa do indivíduo, de forma que os pacientes severamente abúlicos ou com

severos distúrbios de linguagem não são bons candidatos a este tipo de intervenção, além da demanda de um espaço para ampliar a compreensão das mudanças ocorridas. Trata-se de um trabalho orientado pelos princípios da psicoterapia breve e focal. A abordagem realizada elege como tema a nova condição existencial do paciente. É a partir da construção de um vínculo positivo e continente entre paciente e terapeuta, que se busca propor e estimular uma compreensão mais ampla sobre o processo de reabilitação e o enfrentamento das perdas sofridas.

Trabalho em Grupo

Tem o objetivo de promover a integração social de pacientes que, na maioria das vezes, estão restritos à convivência familiar.

No grupo são desenvolvidas atividades estruturadas, abordando principalmente aspectos sociais e cognitivos. Através das várias atividades propostas, os pacientes vão criando vínculos à medida em que compartilham suas dificuldades e seus progressos. Além disto, têm a possibilidade de ampliar a percepção dos déficits e enriquecer seu repertório de estratégias e modos de enfrentamento, através do contato com indivíduos portadores de deficiências semelhantes.

Atendimento Familiar

Uma observação pertinente quanto aos aspectos sócio culturais brasileiros, aponta para a dificuldade em encontrar um ambiente estruturado, fora da família onde um indivíduo portador de uma lesão cerebral possa desenvolver uma atividade semi profissionalizante e conviver com outra pessoas. A escassez de tais instituições torna o trabalho com a família fundamental. Apesar desta não poder substituir a instituição, pode melhorar significativamente a qualidade de vida do paciente, sabendo como agir com ele, evitando o seu isolamento dentro do próprio grupo familiar. A idéia de melhorar a funcionalidade e buscar a integração dentro do espaço familiar é uma observação peculiar à cultura brasileira, pois a carência de organizações comunitárias faz com que o paciente retorne para a família após o trabalho de reabilitação. É através da informação e orientação familiar que se procura fornecer o suporte para a melhora do paciente e para a manutenção dos objetivos alcançados com o tratamento.

Ao longo de um processo de reabilitação, é necessário que um familiar esteja sempre lado a lado com a equipe, para dar continuidade ao trabalho em casa. Este atendimento consiste principalmente em oferecer à família apoio e orientação a respeito da patologia e sobre como lidar com os pacientes fora do ambiente institucional, já que a meta do trabalho é tornar este indivíduo mais funcionante no seu ambiente, ou seja, em casa, com os familiares.

4. Alta e Acompanhamento

A alta é proposta quando as metas da reabilitação foram atingidas pelo paciente e a equipe considera que a inserção do paciente no programa de reabilitação do CPN não poderá promover novos progressos.

O desligamento do tratamento é um processo cuidadoso, devido principalmente a dois fatores. Em primeiro lugar, é necessário que a equipe, juntamente com a família, trabalhe para garantir a manutenção das conquistas do paciente ao longo da tratamento.

Em segundo lugar, é preciso levar em conta que o paciente construiu vínculos importantes com a equipe e outros pacientes. O Centro é vivenciado como um local onde o paciente tem um papel definido e valorizado, e se considera pertencente a um grupo social além de sua família. Assim, a fase de desligamento envolve maior suporte e orientação para que os atendimentos possam ser reduzidos gradualmente.

Algumas questões fundamentais do trabalho:

- Na nossa experiência, esta "Busca da Cura" é o 1o problema que precisamos abordar, e deveremos considerar ao longo de todo o processo de tratamento. Quando um paciente chega ao serviço, inicia-se um longo processo de apresentação, em que vamos conhecer a família e o paciente, procurando esclarecer as queixas, além de apresentar o método do trabalho e, principalmente, os objetivos do tratamento, a fim de adequar as expectativas do paciente e dos familiares. - dificuldade de adequar as expectativas do paciente e família ao que é possível, sem tirar deles a esperança de ter uma vida melhor.
- o tratamento deve dar espaço e exigir que o paciente adote a postura mais ativa possível.
- Há, nestes pacientes, uma dificuldade em compreender a totalidade das mudanças ocorridas após o acidente e no que elas implicam. A visão que eles têm de si, é a visão de quem eram antes do acidente - processo de reabilitação procura ser uma ajuda ao paciente para minimamente conseguir reconstruir sua identidade, reconhecendo-se como a mesma pessoa, mas com a vida muito diferente.
- o trabalho com o paciente é inviável sem a colaboração da família.

O MODELO COGNITIVO DA FOBIA SOCIAL

Eliane Falcone
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), os indivíduos com fobia social manifestam um medo excessivo de serem vistos se comportando de um modo humilhante ou embaraçante - através de demonstração de ansiedade ou desempenhando de modo inadequado - e de conseqüente desaprovação/rejeição por parte dos outros. Os fóbicos sociais podem estar incluídos em um subtipo generalizado (medo da maioria das situações de interação social e de desempenho) e em um subtipo mais circunscrito (medo de uma situação pública de desempenho e de algumas situações de interação social). As situações de desempenho mais temidas são: falar em público, comer e beber na frente dos outros, urinar em um banheiro público e entrar em uma sala onde já existam pessoas sentadas. As situações interacionais incluem: conversar ao telefone, falar com estranhos, participar de reuniões sociais, interagir com o sexo oposto, lidar com figuras de autoridade, devolver mercadoria em uma loja e manter contato ocular com pessoas não familiares (Hazen e Stein, 1995). As formas generalizada e circunscrita de fobia social apresentam diferenças significativas quanto ao início, curso, prognóstico e tratamento (ver Falcone, 1995).

O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DA ANSIEDADE SOCIAL

O aspecto central do transtorno de ansiedade social parece ser um forte desejo de causar uma boa impressão nos outros e uma insegurança marcante quanto a própria habilidade em conseguir esse objetivo.

Ao entrar em uma situação social, o indivíduo fóbico social acredita que irá se comportar de forma inepta ou inadequada e, como conseqüência, será rejeitado, rebaixado, desacreditado. Assim, ele vê a situação social como perigosa e essa avaliação de perigo irá ativar um "programa de ansiedade", que envolve reações cognitivas, fisiológicas e comportamentais. Essas reações interagem umas com as outras de tal forma que mantém o transtorno, ou seja, impedem que o fóbico social desconfirme as suas crenças negativas sobre os perigos sociais (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997; Wells e Clark, 1997).

Os processos característicos do transtorno de ansiedade social que mantém as crenças de perigos sociais são especificados a seguir.

a) Atenção autofocada e autoprocessamento negativo

Ao entrar em uma situação social, o indivíduo com ansiedade social volta a atenção para si mesmo, num processo chamado de atenção autofocada.

Em vez de prestar atenção nos sinais emitidos pela outra pessoa, ele fica atento ao próprio desempenho e emoção. Essa auto-observação gera ansiedade e interfere na interação com a outra pessoa. O indivíduo, então, se avalia negativamente e assume que essa avaliação negativa é feita pela outra pessoa. Por exemplo, o indivíduo pode experimentar uma forte sensação de tremor e achar que os outros estão percebendo as suas mãos tremerem fortemente, quando na verdade o interlocutor pode perceber um leve tremor ou até mesmo nada (Wells, 1997).

b) Comportamentos de segurança/evitação

Para minimizar os efeitos negativos esperados nas situações sociais, o fóbico social procura encobrir as "falhas" ou manifestação de ansiedade, engajando-se em comportamentos de segurança, tais como: segurar um copo com força para não aparentar tremor; ensaiar um discurso várias vezes e falar rapidamente para evitar pausas longas e dar impressão

de segurança; ensaiar as frases mentalmente antes de falar; vestir uma camiseta por baixo da camisa para encobrir o suor; cruzar braços e pernas para encobrir tremor; monitorar a fala para evitar lapsos verbais; olhar em volta para evitar contato ocular etc.

Os comportamentos de segurança impedem que o indivíduo desconfirme as crenças negativas sobre as reações que ele teme manifestar e sobre as conseqüências dessas manifestações. (por ex.: manifestar tremor, significa ser rejeitado, desprezado, desvalorizado). Os comportamentos de segurança também podem favorecer o aumento de manifestações temidas. Ex.: segurar um copo com força pode favorecer o tremor (Wells, 1997)

c) Efeitos dos comportamentos do ansioso social sobre o comportamento das outras pessoas

O autoprocessamento negativo aliado aos comportamentos de segurança podem dar uma impressão pouco amigável ou calorosa. Ao prestar pouca atenção no interlocutor, o fóbico social crian deficiências na interação e faz com que a outra pessoa se distancie. Isso contribui para a manutenção da fobia social (Wells, 1997).

d) Processamento antecipatório e pós-evento

Antes de enfrentar uma situação social, o indivíduo com fobia social é dominado por lembranças de falhas passadas, por pensamentos negativos sobre si mesmo, por predições de desempenho pobre e rejeição. Esses pensamentos ativam ansiedade antecipatória e o indivíduo tende a evitar a situação. Caso entre nela, ativará o autoprocessamento negativo, onde irá se avaliar negativamente, ignorando ou desvalorizando qualquer sinal de aceitação por parte dos outros.

Ao sair da situação, o indivíduo conduz um pós morte do evento, revendo a interação, processando os sentimentos de ansiedade e autopercepção negativa. A situação é avaliada como muito mais negativa do que foi realmente. O indivíduo experimenta vergonha e a experiência passa a ser adicionada à lista de falhas passadas (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997; Wells e Clark, 1997).

O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DA ANSIEDADE SOCIAL

O tratamento do transtorno da ansiedade social inclui: 1) a conceitualização cognitiva; 2) técnicas cognitivas; 3) a realização de experimentos comportamentais (exposição); 4) o treinamento em habilidades sociais (nos casos onde ocorram deficiências dessas habilidades).

1) Conceitualização cognitiva

Compreende uma formulação que identifica a natureza e os fatores mantenedores dos sintomas cognitivos, somáticos e comportamentais.

Para chegar a uma conceitualização, o terapeuta investiga os episódios recentes de ansiedade social. Quando isso não é possível pelo fato de o indivíduo evitar constantemente as situações sociais, o terapeuta constrói situações fóbicas sociais semelhantes ao contexto do paciente, no consultório (ex., beber água em copos, conversar com algumas pessoas desconhecidas ou com uma figura de autoridade etc.).

A coleta de dados deve identificar (Wells, 1997):

- Os pensamentos automáticos negativos e significados principais (ex., "Se me virem tremendo eles irão achar que eu sou incompetente"; "Se eu suar, todos vão achar que au sou fraco")
- Os comportamentos de segurança (evitar copos e molhos, mover-se lentamente, segurar objetos com força, ensaiar as frases mentalmente, falar rápido etc.).
- Os sintomas de ansiedade. Os sintomas mais perturbadores são aqueles que podem ser notados pelos outros (ex., tremer, suar, espasmos musculares, balbuciar, tremor na voz, dar branco etc.). O terapeuta deve explorar o significado dos sintomas para o cliente, o quanto ele acha que será notado pelos outros e o que isso representa para ele.
- Os conteúdos de atenção autofocada - o terapeuta deve investigar em que momentos o paciente se tornou mais autoconsciente; o que ele estava percebendo de mais crítico (ex., "Você pode descrever uma imagem de como aparentou nesse momento?")

2) Técnicas cognitivas

As técnicas cognitivas incluem: a) modificação do autoprocessamento e b) reestruturação cognitiva ou reatribuição (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997; Wells e Clark, 1997).

a) Modificação do autoprocessamento

Para mudar o foco de atenção de si mesmo para o interlocutor, são utilizadas técnicas que visam treinar a atenção do fóbico social para identificar as reações do interlocutor.

Uma outra forma de mudar o autoprocessamento consiste na exposição com audio ou videotape, descrita a seguir.

Primeiro, o paciente é filmado na situação temida (dando um discurso, mantendo uma conversação etc.).

Em seguida, o paciente revê mentalmente a situação, antes de ver o video, revelando como ele acha que apareceu para os outros (quais os sintomas mais visíveis, o quão visíveis estavam etc.).

Após a revisão mental, o paciente revê o video e compara a autoimagem gerada com a realidade. Geralmente, os pacientes constatam que as manifestações de ansiedade ou "falha" são levemente ou nada perceptíveis.

Finalmente, o paciente faz autodeclarações racionais, baseadas no feedback corretivo ("Mesmo sentindo tremor, isso é dificilmente perceptível aos outros"; "Eu pareço calmo, mesmo quando não me sinto assim") (Wells, 1997).

b) Reestruturação cognitiva ou reatribuição - os procedimentos de reatribuição são descritos a seguir (Wells, 1997):

- Questionamento socrático: consiste na revisão detalhada de evidências que confirmam e desconfirmam as hipóteses negativas do paciente.

Através da descoberta guiada, o paciente verifica que essas evidências se originam mais da autodeclaração negativa do que dos eventos objetivos.

- Identificação dos erros de pensamento: os erros de pensamento mais comuns no transtorno de ansiedade social são: a leitura mental (ex.: "Ele me acha incompetente"); a adivinhação/catastrofização (ex., "Se eu tiver que assinar o meu nome, não vou conseguir escrever") e a personalização ("Eles não estão me dando atenção porque eu devo ter falado besteira").
- Utilização de autodeclarações racionais: após gerar hipóteses alternativas aos pensamentos negativos, o paciente faz autodeclarações racionais, para inibir novos pensamentos negativos.
- Definição de medos: consiste em transformar uma revelação de medo vaga (ex., ser incapaz de falar) em uma descrição específica (ex., não encontrar palavras, cometer lapsos verbais, ficar paralisado pela ansiedade etc.). Isso permite desafiar e testar a autoavaliação negativa.
- Manejo dos procedimentos antecipatório e pós evento: consiste na análise das vantagens e desvantagens desses processamentos, uma vez que ambos são inacurados.

3) Experimentos comportamentais

Os experimentos comportamentais consistem de exposição a situações sociais e processamento externo de informações desconfirmatórias, com exclusão de comportamentos de segurança. As estratégias para testar as reações dos outros ocorrem através da interrogação do meio ambiente.

Os experimentos comportamentais podem ser feitos de dois modos (Wells, 1997).

No primeiro, o cliente faz predições sobre como os outros reagem a ele.

Ex.1: "Se alguém pensa que você é chato, como essa pessoa irá se comportar com você?"

Ex.2: O paciente faz perguntas que determinem o que as pessoas notaram e o que elas pensaram da situação.

No segundo modo, o cliente demonstra, deliberadamente, sinais de ansiedade ou "falhas" de desempenho, enquanto observa a reação dos outros. Ex., tremer e derramar propositadamente a bebida; "esquecer" deliberadamente o que tinha a dizer.

OBS.: Recomenda-se que o terapeuta primeiramente modele o comportamento na situação social temida, enquanto o paciente observa os procedimentos.

4) Treinamento em habilidades sociais (T.H.S.)

Recomendado especialmente para o tratamento do subtipo circunscrito, o treinamento em habilidades sociais consiste em desenvolver capacidades para defender os próprios direitos, expressar opiniões, recusar pedidos, convidar alguém para um encontro etc.

As conseqüências positivas do THS na população clínica têm sido confirmadas na literatura. Os efeitos mais apontados são: aumento da auto-confiança e da realização pessoal (Delamater e Mc Namara, 1986); redução da depressão (Rimm, 1967) e da ansiedade social (Falcone, 1989; Robach, Franyn, Gunby e Twters, 1972).

Através de dramatizações ou jogos de papéis, o paciente aprende a se expressar de forma socialmente habilidosa, desativando as crenças centrais negativas e fortalecendo as positivas (Wells, 1997)

Conclusões:

O tratamento da fobia social baseado no modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) e Wells (1997), apresentado neste trabalho baseia-se na proposição de que a utilização apenas de exposição costuma falhar em atingir mudança cognitiva substancial porque os pacientes não processam o que está acontecendo realmente na situação social, se engajam em comportamentos de segurança que impedem desconfirmação e usam as impressões sobre si mesmo como as principais evidências de que serão avaliados negativamente. Assim, torna-se necessária a modificação de crenças disfuncionais para que a exposição possa ser efetiva.

Referências:

American Psychiatric Association (1994). Diagnóstic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.). Washington DC.

Clark, D.M. e Wells, A. A. (1995). Cognitive model of social phobia. In R.G.Heimberg; M.R.Liebowitz; D.A. Hope; F.R.Shneier (eds.) Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford.

Delamater, R.J. e Mc Namara, J.R. (1986). The social impact of assertiveness. Research findings and clinical implications. Behavior Modification, 10.

Falcone, E.O. (1989). A eficácia do tratamento em grupo da ansiedade social. Psicologia Clínica. Pós-Graduação e Pesquisa, 4.

Falcone, E.O (1995). Fobia social, In B.Rangé (ed.) Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. Campinas: Editorial Psy.

Hazen, A L. e Stein, M.B. (1995). Clinical Phenomenology and Comorbidity, In M.B. Stein (Ed.) Social Phobia : Clinical and research perspectives. Washington DC : American Psychiatric Press.

Roback, H.; Franyn, D.; Gunby, L. e Twters, K. (1972). A multifactorial approach to the treatment and ward management of a self-mutilating patient. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3.

Wells, A. e Clark, D.M. (1997) Social phobia: A cognitive approach. In G.C.L. Davey (ed.) A handbook of theory, research and treatment. Chichester: John Wiley & Sons.

Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders. Chichester: Wiley.

Rimm, C. (1967). Assertive training used in treatment of chronic crying spells. Behavior Research and Therapy, 5.

STRESS EMOCIONAL: A CONTRIBUIÇÃO DE ESTRESSORES INTERNOS E EXTERNOS

Marilda Novaes Lipp
PUC Campinas mlipp@estresse.com.br

Stress pode ser definido como um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo,portanto stress é um estado de tensão patogênico do organismo. O desiquilíbrio ocorre quando a pessoa necessita responder a alguma demanda que ultrapasse sua capacidade adaptativa.

A fonte de tensão pode ser externa ao próprio organismo,como uma exigência de algo ou alguém,ou interna, exemplificada como uma autodemanda, ou auto-cobrança.

Fontes Externas

Toda mudança significativa gera uma necessidade de adaptação por parte do organismo e,esta, por sua vez, exerce um papel determinante na patogênese do stress. À medida que o ser humano passa por mudanças, ele utiliza suas reservas de energia adaptativa e, consequentemente, pode, em certas circunstancias, enfraquecer sua resistência física e mental, dando origem a inúmeras doenças psicofisiológicas que podem ser interpretadas como tendo em sua gênese o stress emocional excessivo.

As mudanças ocorridas na Sociedade Moderna são marcantes. Elas são excitantes, frenéticas e, muitas vezes, rápidas demais para permitirem ao Homem uma absorção do seu ritmo e do seu significado.

A competição excessiva, o desejo intenso de "possuir", a pressa, o medo do outro ser humano,a pressão diária que as pessoas bem sucedidas se impõe inegavelmente afetam sua qualidade de vida. Deste modo a qualidade de vida é prejudicada, pois uma vida de insegurança e incerteza, necessariamente fica aquém do que se almejaria como uma vida de boa qualidade.

As mudanças verificadas, no seu conjunto de aspectos positivos e negativos, levam a repercussões em muitas áreas, tais como a mudanças em hábitos do viver, sejam eles no contexto da organização familiar, sejam eles no contexto das Organizações Empresariais. O homem vive hoje de modo muito diferente e, esses novos hábitos de vida nem sempre representam avanços do ponto de vista da qualidade de vida. Em nosso entender a qualidade de vida só pode estar boa se ela estiver adequada nestes quadrantes: o social, o afetivo, o profissional e o referente a saúde. Estando ela excelente em um destes quadrantes, como no profissional, por exemplo, e deficitária nos outros, não se pode considerar que ela esteja aceitável.

Curiosamente, as mudanças ocorridas a nível da Organização da Sociedade estão correlacionadas com outras relacionadas a saúde. Por exemplo, no século passado a causa mais freqüente de morte era a infecção, hoje em dia a causa mais freqüente são as doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial é responsável por uma grande parte das mortes devido a AVCs. E mais, enquanto por anos, mais homens do que mulheres sofriam enfarte e parada cardíaca, hoje o numero de mulheres acometidas por estes males sobe assustadoramente. Um dos fatores contribuintes para a patogênese destas doenças é inegavelmente o stress.

Toda a mudança que exija adaptação por parte do organismo causa um certo nível de stress. É,portanto, de se esperar que todas as mudanças de Organização, de macro ou micro porte, possam potencialmente colocar a pessoa em situação de stress. Como no Brasil essas mudanças estão ocorrendo a ritmo vertiginoso, é de se entender porque o nível de stress da população esta tão alto. Na verdade, dissertações de Mestrado realizadas por psicólogos na PUCCAMP revelaram um alto nível de stress em camadas da população as mais variadas. Os trabalhos que estudaram o stress ocupacional de alguns profissionais revelaram um alto nível de stress em executivos–tanto homens, como mulheres–, policiais militares, professores e bancários. No caso dos bancários foi surpreendente verificar a alta incidência de doenças cuja patogênese se julga envolver o stress, tais como hipertensão arterial, ulceras, problemas dermatológicos, retração de gengivas etc. Talvez esta incidência tão marcante de doenças entre eles se deva ao fato de que se trata de uma população que não recebe atenção regular suficiente de programas de conscientização quanto aos fatores de risco.

Ema sociedade em mutação como a nossa, imatura ainda em seu desenvolvimento, porem que possui um potencial imenso para realizações e progresso, há de se prever que o stress continuará presente ou tenderá a aumentar. É de se prever também que haja um aumento cada vez maior de doenças psicofisiológicas ligadas ao stress a não ser que medidas profiláticas de ensino de manejo e gerenciamento do stress sejam implementadas e que o tratamento do stress seja oferecido como parte de planos de saúde a essa nossa sociedade que na maioria das vezes sente os efeitos do stress sem sequer sabe identificar o que ele é.

Fontes Internas

Alem das causas externas de stress mencionadas acima, que são fáceis de serem reconhecidas, existem outras causas que nem sempre são discutidas (Lipp,2000). Refiro-me a expectativas irrealistas, cognições distorcidas, perfeccionismo, sonhos inalcansáveis, desejos e fantasias que passam a ser vistos como realidades que cada ser humano muitas vezes tem para si próprio e para os outros ao seu redor. Alguns estados emocionais também podem assumir a função de geradores de estados tensionais, como, por exemplo, um transtorno de ansiedade, o qual pode ser uma fonte poderosa de stress porque o ser humano ansioso possui a tendência a ver o mundo de modo ameaçador, como se houvesse sempre um risco das coisas não darem certo. De modo que aquilo que para as outras pessoas representaria somente um desafio, para quem tem ansiedade parece uma batalha muito grande. Porque percebem os desafios como gigantescos, logicamente se estressam mais.

As fontes externas e internas de stress se somam na determinação de nível de stress que será experimentado, porem a somatória dos estressores é mediada por dois fatores importantes,que são o repertório de estratégias de coping e sua vulnerabilidade ao stress.

Vulnerabilidade ao stress

A tendência para se estressar se constitui em um quadro que inclui distorções cognitivas, isto é um modo inadequado de pensar e avaliar os eventos da vida, expectativas ilógicas e exageradas, vulnerabilidades pessoais e comportamentos observáveis eliciadores de stress. Inclui também uma hiperreatividade fisiológica frente a demandas psicossociais, a qual pode ser gerada por uma hipersensibilidade do sistema límbico, e conduz a produção excessiva de catecolaminas, testosterona e cortisol.

Algumas pessoas parecem ter uma tendência crônica para se estressarem. Esta propensão, pelo que temos visto em clínica e em pesquisas, é algumas vezes o produto das predisposições genéticas que pouco tem a ver com o mundo exterior e que surgem freqüentemente em função do modo da pessoa ser. Como o caso da pessoa que sofre de depressão ou ansiedade biológica. Outras vezes ela advém de eventos da história de vida que ativa a tendência a se estressar e leva o ser humano ao stress patogênico. O quadro a seguir mostra os possíveis resultados da interação entre a vulnerabilidade genética para se estressar e o meio ambiente presente durante o crescimento.

Conclui-se,assim, que o stress pode ser gerado por fontes externas que marcam sua presença na vida de uma pessoa e pelo seu mundo interior, cujos efeitos são mediados pelas estratégias de enfrentamento aprendidas principalmente na infaância, mas que podem também serem adquiridas durante a história de vida do ser humano.

Referencias

Lipp, Marilda.N., A.S.F.Romano,M.A.Covolan e M.J.G.Nery(1993, IV ed.) Como Enfrentar o Stress. SP:Ícone

Lipp,M.N.(Ed) (2000) O Stress está dentro de Voce. São Paulo: Contexto

Interações entre vulnerabilidades genéticas e o meio ambiente

GENETICAMENTE	MEIO AMBIENTE ADEQUADO	MEIO AMBIENTE INADEQUADO	
SUSCETIVEL	Vulnerabilidade é reduzida	Vulnerabilidade é agravada(*)	* é a pessoa croniamente estressada
NÃO SUSCETIVEL	Resistencia grande(**)	Vulnerabilidade pode surgir(***)	** é a pessoa quase invulneravel ao stress *** a genética pode prevalecer, ou o ambiente

TEXTOS COMPLETOS

PROGRAMA DE TREINAMENTO À DISTÂNCIA PARA TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO PÂNICO E AGORAFOBIA

Bernard Rangé
Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, UFRJ

Transtorno do Pânico e Agorafobia são problemas dos mais freqüentes e incapacitantes na área dos Transtornos da Ansiedade. A experiência de quem tem um ataque de pânico é simplesmente aterrorizadora. Depois de um ataque de pânico, há uma enorme ansiedade na expectativa de que algo assim possa acontecer de novo e que da próxima vez não haja escapatória. E novas crises dessas ocorrem. A peregrinação por hospitais e médicos não pára. Tudo é feito para que nunca mais isso aconteça. Até que, finalmente, esta paciente típica acabe chegando a um consultório psiquiátrico ou de psicoterapia comportamental e receba a informação de que se trata de um problema conhecido, comum e tratável: Transtorno do Pânico.

A perturbação gerada envolve súbitas, rapidamente crescentes e intensas reações simpáticas, como taquicardia, sensações de falta de ar, tremores, sudorese, tonteiras, vertigens, pernas bambas, náusea, formigamentos etc., e ideações de morte por sufocamento ou ataque cardíaco, loucura, perda de controle, desmaio, que causam enorme mal estar e desconforto. Podem estar envolvidos freqüentemente comportamentos de fuga ou evitação que limitam de forma drástica a mobilidade e a autonomia dos pacientes. A vida pessoal, profissional, afetiva dos pacientes é gravemente afetada: não conseguem mais sair sozinhos, às vezes, nem acompanhados. Passar por certos lugares, viajar em transportes públicos fica impossível. Fazer compras, ir a bancos, ver espetáculos de cinema, teatro ou música, tudo agora faz parte do passado. Trabalhar se torna, muitas vezes, uma penosa dificuldade. Muitas vezes, tentam desempenhar estas atividades com auxílio de álcool ou medicamentos, o que eventualmente cria dependências químicas de forma secundária.

Embora em muitos casos sintomas iniciais e crises sub-limiares de pânico precedam em meses ou anos a primeira crise completa, a história típica do paciente com transtorno de pânico é a de um funcionamento normal até a ocorrência do primeiro ataque. Se este tem suficiente intensidade, o caminho do paciente, via de regra, é a emergência de um hospital geral ou de uma clínica cardiológica: chega a 80% a percentagem de pacientes que procuram uma ajuda médica não psiquiátrica até um ano depois do primeiro ataque (Klerman, 1990). À medida que outros ataques ocorrem, começam a surgir a ansiedade antecipatória e a ideação sobre novos ataques, o que leva, em geral, ao desenvolvimento de respostas de evitação que virão caracterizar o quadro de agorafobia. As situações clássicas de evitação agorafóbica incluem o uso de meios de transporte (ônibus, aviões, metrôs), dirigir em trajetos com pouca possibilidade de saída ou retorno (túneis, pontes, auto-estradas), comprar (em grandes lojas ou supermercados), freqüentar lugares fechados e aglomerados (cinemas, teatros, espetáculos musicais) etc.

Cuidados são necessários quanto ao diagnóstico diferencial, uma vez que a ocorrência de pânico ou de sinais semelhantes pode se dar em vários tipos de transtornos, psiquiátricos ou não. No caso de transtornos ansiosos, como fobia social e fobia simples, também ocorrem ataques de pânico, apenas que localizados e situacionalmente disparados.

Os sintomas de pânico podem se confundir com algumas doenças físicas como hipertireoidismo em que as pessoas se queixam de ansiedade, taquicardia, palpitações, sudorese, dispnéia, irritabilidade, diarréia) e prolapso da válvula mitral (especialmente com casos de pânico sem medo). Outros tipos de perturbações clínicas que podem levar a uma confusão quanto ao diagnóstico são labirintites, hipoglicemias e fenocromocitomas.

Em muitos casos, um ataque de pânico pode ser disparado durante o uso de alguma substância como maconha, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, em que os efeitos somáticos ou cognitivos podem ser experimentados subjetivamente de forma catastrófica. Síndromes de abstinência de substâncias sedativas, como o álcool, os benzodiazepínicos e outros hipnóticos também podem induzir ataques de pânico.

Estima-se que situam a prevalência ao longo da vida do transtorno do pânico desde 1,6% (Regier e cols., 1990) até 2,4% (Wittchen, 1986) da população geral, nos Estados Unidos. A da agorafobia varia de 5,7% (Wittchen, 1986) até 12,5% (Regier e cols., 1988; ver também Weissman, 1985, 1990, 1991; Myers e cols., 1984; Regier, Narrow e Rae, 1990).

Supondo-se que a prevalência do transtorno de pânico e da agorafobia no Brasil seja similar, com as diferenças observadas (Almeida Filho e cols., 1992) sejam resultantes de diferenças de amostragem e metodologia de investigação.

As características demográficas dos pacientes sugerem ma idade de início dos sintomas entre o final da adolescência e o início da vida adulta (entre os 17 e os 25 anos) com uma idade média dos sujeitos acometidos entrevistados em torno de 28 anos.

A distribuição por sexo do transtorno do pânico com agorafobia é de aproximadamente 4,1 mulheres para cada homem, enquanto que no transtorno do pânico sem agorafobia a razão é de 1,3:1 (Myers e cols., 1984; Clum e Knowles, 1991).

Variáveis como ocupação e nível sócio-econômico, raça, etnia não exercem influência significativa na taxa de prevalência, porém existe uma tendência para moradores de áreas rurais e não brancos apresentarem maior prevalência de quadros fóbicos (Myers e cols., 1984).

Este trabalho apresenta um Programa de Treinamento à Distância para Tratamento do Transtorno do Pânico e Agorafobia que vem sendo utilizado na Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP/UFRJ). Faz parte de uma pesquisa cadastrada nessa instituição e consiste de duas sessões iniciais de avaliação, seis sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental e uma sessão de pós-teste (além de sessões de seguimento de 1 e 6 meses e um e dois anos).

Hipóteses Etiológicas Psicológicas

A maior parte dos estudos psicológicos sobre o transtorno do pânico pode ser enquadrada na vertente cognitivo-comportamental. Houve algumas contribuições na área psicodinâmica que ressaltaram o papel de conflitos de desenvolvimento relacionados a autonomia e dependência (Shear e cols., 1993). No entanto, com exceção dos estudos sobre ansiedade de separação (Bowlby, 1977) poucos estudos empíricos surgiram numa perspectiva psicodinâmica.

Entretanto, devido à escassez de estudos controlados e também pelo interesse específico deste livro, maior atenção será dada aos trabalhos desenvolvidos nas tradições cognitivas e comportamentais.

A hipótese de que agorafóbicos temem entrar em pânico em lugares públicos mais do que sentirem pânico dos próprios lugares públicos possibilitou o desenvolvimento da concepção de que o que ocorre com eles seria um medo-do-medo. Esta concepção veio gerar três vertentes de pesquisa tendo o medo-do-medo como conceituação central para a compreensão do transtorno de pânico e da agorafobia: condicionamento pavloviano interoceptivo (Goldstein e Chambless, 1978), interpretações catastróficas (Clark, 1986, 1991) e sensibilidade à ansiedade (Reiss e McNally, 1985). A hipótese de Beck e seus colaboradores (1985) difere pouco da de Clark mas discute de forma mais aprofundada os esquemas disfuncionais presentes nos transtornos da ansiedade. Rangé (1995) fez uma revisão bastante abrangente desses trabalhos.

Tal como nas hipóteses biológicas, a maior massa de evidências favoráveis a ela vem da eficácia do tratamento dela derivado. Por um lado, sabe-se que não se pode derivar comprovação de uma teoria pela eficácia de tratamentos nela baseados. Por outro, se tratamentos meramente psicológicos são consistentemente eficazes isto parece indicar que a farmacoterapia pode não ser essencial para o tratamento do transtorno.

Tratamentos psicológicos do transtorno do pânico e da agorafobia

Os tratamentos cognitivo-comportamentais vêm evoluindo muito nos últimos 30 anos. Inicialmente restritos ao tratamento da agorafobia (até porque a caracterização diagnóstica do transtorno do pânico só veio a se dar em 1987), hoje já se desenham várias estratégias com reconhecimento formal de efetividade também para o tratamento do pânico, como a expressa pela Conferência de Consenso sobre Tratamento do Transtorno do Pânico, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, que endossou que certas intervenções cognitivo-comportamentais eram efetivas (National Institute of Health, 1991).

A grande maioria dos estudos continuou a mostrar que qualquer tratamento psicológico que não incluísse exposição aos estímulos temidos

não tinham eficácia contra os sintomas agorafóbicos: eram minimamente afetados por hipnose (Marks, Gelder e Edwards, 1968) ou psicoterapia psicodinâmica (Gelder e cols., 1967). Quando pacientes eram instruídos a evitar as situações fóbicas (instruções anti-exposição) os seus sintomas ficavam inalterados ou pioravam (Greist e cols., 1980).

O estabelecimento da classificação diagnóstica do transtorno do pânico no DSM-III-R, a contribuição de Goldstein e Chambless (1978), o sucesso de tratamentos com medicamentos estimularam a pesquisa sobre tratamentos não medicamentosos para o pânico que, aos poucos, foi revelando um padrão. Os tratamentos cognitivos, comportamentais e cognitivo-comportamentais do pânico revelam hoje vários aspectos que se sobrepõem (Margraf e cols., 1993), podendo ser destacados quatro deles:

1. o treino de habilidades de manejo de sintomas corporais (relaxamento aplicado: Öst, 1988)
2. treino respiratório (Bonn e cols., 1984) para prevenir a espiral do pânico;
3. a ênfase na exposição interoceptiva dos sinais corporais temidos (Barlow, 1988);
4. a eliminação da tendência persistente de interpretar de forma distorcida e catastróficas as sensações corporais (Clark, 1986; Beck e Emery, 1985).

Uma questão pertinente é o uso de intervenções cognitivo-comportamentais juntamente com o tratamento farmacológico. O paciente com transtorno do pânico típico usa regularmente, pelo menos, um ansiolítico e/ou um antidepressivo e, na maior parte dos estudos, de 50% a 60% dos pacientes são submetidos a algum tipo de tratamento medicamentoso durante o tratamento cognitivo-comportamental. Isso decorre de que estudos anteriores evidenciaram que a imipramina aumentava a efetividade de exposições situacionais (Mavissakalian e Michelson, 1986). É comum, entretanto, existir entre terapeutas cognitivo-comportamentais, inclusive o autor, resistência ao uso simultâneo de medicamentos pela possibilidade de atribuições dos progressos à medicação (o que diminui a auto-eficácia), por motivação diminuida causada por sedação e pela interferência de efeitos colaterais dos medicamentos. Seria preferível um início de tratamento de cerca de 5 ou 6 sessões sem medicação para que os pacientes pudessem adquirir as habilidades básicas de manejo. No entanto, dependendo da intensidade e freqüência dos ataques, pode ser satisfatória a administração conjunta dos dois tratamentos: o medicamentoso, para suprimir os ataques de pânico rapidamente, e o cognitivo-comportamental, que vai substituindo gradualmente a medicação por uma aquisição dos repertórios de enfrentamento adequados.

Tratamento Multicomposto Específico do Transtorno do Pânico e da Agoragobia

Este programa está concebido de tal forma que ele pode ser utilizado por terapeutas menos experientes já que vem acompanhado de uma biblioterapia para os terapeutas e outra para os pacientes.

Nas sessões de avaliação são aplicadas as entrevistas estruturadas ADIS-IV (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Entrevista Estruturada para os Transtornos da Ansiedade para o DSM-IV, de Di Nardo e cols., 1995) e a SCID-TP (Structured Clinical Interview for DSM - Personality Disorders: Entrevista Clínica Estruturada para o DSM, versão para Transtornos da Personalidade (APA, 1990) além de uma variedade de testes, escalas e inventários que os pacientes levam para casa para preencher: Questionário de Pânico e de Crenças de Pânico (Rangé, 1996); Inventários Beck de Depressão (Beck e cols., 1961) e de Ansiedade (Beck e cols., 1988); IDATE (Biaggio, 1977); Escala de Sensações Corporais, Escala de Cognições Agorafóbicas e Inventário de Moblidade (Chambless e cols., 1984; 1985; Zgourides, Warren e Englert, 1989); SCL-90 (Derogatis, 1983); Escala Brasileira de Assertividade (Ayres e Ferreira, 1995). Essas escalas são reaplicadas no pós-teste e nos seguimentos.

A primeira sessão de tratamento tem como objetivos estabelecer um rapport, oferecer informações básicas sobre o problema e o seu tratamento, coletar informações complementares e estabelecer metas do tratamento. Ao final desta sessão os clientes levam um texto referente ao primeiro passo do programa de tratamento, que inclui informações sobre o transtorno do pânico e da agorafobia, sobre o modelo cognitivo dessas perturbações e sobre o tratamento dele derivado, além de textos com informações sobre a fisiologia e a psicologia do medo e da ansiedade e da fisiologia da hiper-respiração. Com essas informações ele já vai chegar à segunda sessão entendendo um pouco mais o que se passa com ele.

A segunda sessão tem como objetivos treinar habilidades de manejo. As metas e tarefas da sessão incluem:

1. Introduzir a Estratégia **A.C.A.L.M.E.-S.E.**.
2. Fazer hiperventilação no passo 4 do **A.C.A.L.M.E.-S.E.**.
3. Introduzir Treino Respiratório ao final do exercício.
4. Introduzir a estratégia **SPAEC**.
5. Introduzir a respiração diafragmática.
6. Verificar se o paciente compreendeu claramente as relações das seqüências **SPAEC**.
7. Treinar o preenchimento dos **RDPs** e a folha do **SPAEC**.

As instruções para a Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. (Rangé, 1995) exigem que ela deva ser lida em voz alta pelo paciente, com o terapeuta interrompendo freqüentemente para ressaltar, sublinhar, explicar, detalhadamente cada aspecto.

ESTRATÉGIA A.C.A.L.M.E.-S.E.

A chave para lidar com um estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar a sua ansiedade fazem-na desaparecer. Para lidar com sucesso com sua ansiedade você pode utilizar a estratégia "A.C.A.L.M.E.-S.E.", de oito passos.

***Aceite** a sua ansiedade. Um dicionário define aceitar como dar "consentimento em receber". Concorde em receber as suas sensações de ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um visitante inesperado ou desconhecido ou uma dor incômoda. Substitua seu medo, raiva e rejeição por aceitação. Não lute contra as sensações. Resistindo você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Ao invés disso, flua com elas.*

***Contemple** as coisas em sua volta. Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que você sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que quer que aconteça, sem julgamento: nem bom nem mau. Olhe em volta de você, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna. Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais você puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimento externos, melhor você se sentirá. Esteja com ansiedade, mas não seja ela; seja apenas observador.*

***Aja** com sua ansiedade. Aja "como se" você não estivesse ansioso(a), isto é, funcione com as suas sensações de ansiedade. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo(a)! Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se você fugir, a sua ansiedade vai diminuir mas o seu medo vai aumentar; donde, na próxima vez, a sua ansiedade vai ser pior. Se você ficar onde está - e continuar fazendo as suas coisas bem devagar - tanto a sua ansiedade quanto o seu medo vão diminuir. Continue agindo, bem devagar!*

***Libere o ar** de seus pulmões! Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, devagarinho, na inspiração, outra vez até três, prendendo um pouco a respiração e até seis, na expiração. Faça o ar ir para o seu abdômen, estufando-o ao inspirar e deixando-o encolher-se ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sopre; apenas deixe o ar sair lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, neste estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.*

***Mantenha** os passos anteriores. Repita cada um passo a passo. Continue a: (1) aceitar sua ansiedade; (2) contemplar; (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável. E ela irá, se você continuar repetindo estes quatro passos: aceitar, contemplar, agir e respirar.*

***Examine** seus pensamentos. Você talvez esteja antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você mesmo(a) já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que você pensou que fosse acontecer. Examine o que você está dizendo para você mesmo(a) e reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não: você tem provas de que o que você pensa é verdadeiro? Há outras maneiras de você entender o que está lhe acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso(a): isto pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas você tem provas reais e definitivas disso?*

***Sorria**, você conseguiu! Você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento. Você conseguiu, sozinho(a) e com seus próprios recursos, tranqüilizar-se e superar este momento. Não é uma vitória pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreendê-lo e aceitá-lo melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.*

***Espere** o futuro com aceitação. Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você viver e continuar vivo(a). Em vez de se considerar livre dela, surpreenda-se pelo jeito como você a maneja, como você acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente.*

O primeiro aspecto importante a ressaltar diz respeito à aceitação das sensações. O cliente já leu nos textos que essas sensações são apenas sinais de ansiedade ou de uma ativação simpática, que é uma reação primitiva de luta-ou-fuga, necessária para a sobrevivência dos organismos em situações de perigo. Com essa informação ele entende que essas sensações podem até ser desagradáveis, mas não são perigosas. Mesmo o aspecto de desagradabilidade é discutível pois, na atividade sexual, sente muitas dessas sensações e acha uma delícia. Donde tudo depende do contexto em que se avalia essas sensações. Daí ser perfeitamente aceitável experimentá-las.

Outro aspecto importante diz respeito à idéia de que essas sensações parecem antecipações de "perigos" (morrer sufocado ou de ataque cardíaco, perder o controle, ficar louco, desmaiar). Na verdade não são antecipações, são conseqüências dos pensamentos que ele tem a partir de suas sensações. E a maior evidência disso é que nunca foram confirmadas.

Cada passo da palavra A.C.A.L.M.E.-S.E. representa um passo necessário para o manejo adequado de uma situação percebida como ameçadora, como a iminência de novas sensações corporais.

Inserir mais ou menos aqui a Estratégia SPAEC (Situações - Pensamentos Automáticos - Emoção / Comportamento)

Ela levará para casa uma cópia da ESTRATÉGIA A.C.A.L.M.E.-S.E. e duas cópias das folhas de Registro de Pensamentos. Nas sessões, todos esses registros serão revistos com o terapeuta.

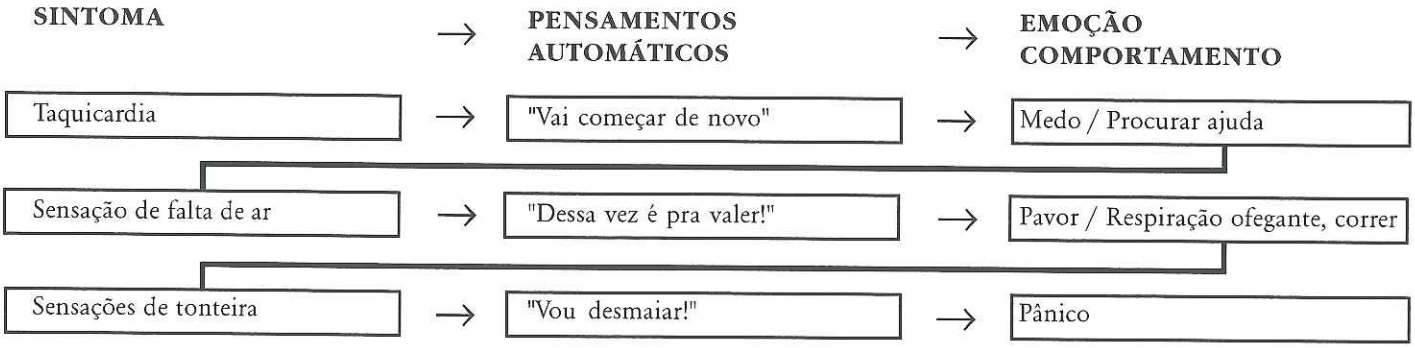
A sessão 3 tem como objetivo provocar uma conscientização corporal e fortalecer o treino de restruturação cognitiva. Suas principais metas e tarefas são:

1. Análise dos RDPs: rever registros (se houver) fazendo as devidas correções sobre a forma de registrar pensamentos automáticos (PA), se necessário. Ex.: "vou cair", ao invés de, "vontade de fugir". Solicitar que o paciente analise os PAs em seu registro, e proponha "respostas (racionais) alternativas".
2. Fazer os exercícios de exposição interoceptiva
3. Iniciar treino de relaxamento. Caso o paciente resista ao exercício (movendo-se, falando, mantendo os olhos abertos, desobedecendo instruções, etc.) ou dê sinais de intensa ansiedade, interromper o exercício e aplicar a estratégia SPAEC.
4. Solicitar novos RDPs incluindo respostas racionais.
5. Solicitar treino em relaxamento como tarefa para casa, mais treino respiratório.

A sessão se inicia com a revisão dos Registros de Pensamento. Os registros são completados, incluindo também as respostas racionais e o prenchimento da coluna de reavaliação.

A seguir começa-se o treino de habituação interoceptiva (ver Quadro 1), explicando a lógica do condicionamento interoceptivo e como ela se aplica a ataques de pânico. O argumento básico consiste em que as sensações iniciais de ansiedade tendem a ficar associadas com as sensações finais (isto é: o próprio ataque de pânico) por meio de um condicionamento pavloviano. Dessa forma, as sensações iniciais podem disparar, sem mediação cognitiva, novos ataques de pânico. Essa é a razão de ataques de pânico poderem ocorrer à noite quando as pessoas estão dormindo e sem estarem pensando em nada. O terapêuta deve solicitar que o paciente realize os exercícios abaixo conforme descritos e anotar nas colunas correspondentes as avaliações feitas pelo paciente. Solicitar também que o/a paciente os faça uma vez por dia em casa (e em outros locais considerados seguros por ele/ela), anotando os resultados das sensações nas colunas correspondentes. Os resultados de intensidade da sensação e de similaridade devem se manter, mas os resultados de ansiedade devem cair. Nas seções subsequentes, solicitar que faça uma hierarquia de situações reais em que se produzam sensações equivalentes (p.ex.: montanha russa, caminhadas, nadar, dançar, exercícios em bicicletas ergométricas de academias de ginástica etc.) para que o paciente se exponha progressivamente a cada uma.

ESTRATÉGIA SPAEC



Dattilio, 1995

Inserir mais ou menos aqui a folha de prenchimento de RDPs
Registro de Pensamentos Disfuncionais

Dia/Hora	**SituaçãoDescrever:** 1. o que está acontecendo que possa ter levado à emoção. 2. Corrente de pensamento, devaneio ou lembrança que possa ter levado à emoção	**Sentimentos** 1. Especificar a emoção (ex.: triste, ansioso, zangado etc.). 2. Assinalar a intensidade da emoção numa escala de 0 a 100	**Pensamentos Automáticos** 1. Anotar o(s) pensamento(s) associados à emoção da forma como apareceram na mente. 2. Indicar o grau de convicção para cada pensamento numa escala de 0 a 100	**Resposta Alternativa** 1. Anotar cada resposta racional para o(s) pensamento(s) registrado(s) lendo as perguntas abaixo. 2. Avaliar o grau de convicção em cada resposta racional (0-100)	**Reavaliação** 1. Reavaliar o grau de convicção em cada pensamento automático (PA = 0-100). 2. Reavaliar a intensidade de cada emoção (E = 0-100)
Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) quais são as provas que o meu pensamento é verdadeiro? Não verdadeiro? (2) Há explicações alternativas? (3) O que é o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso? É tão catastrófico assim? Qual o melhor que poderia acontecer? Qual o resultado mais provável, mais realista? (4) Se (um amigo meu) estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele? (5) O que eu deveria fazer a esse respeito? (6) Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático? Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento? Reavalie a convicção nos pensamentos automáticos e nos sentimentos associados.					

© Traduzido e adaptado por Bernard Rangé

Quadro 1. Instruções para Exposição Interoceptiva

Instruções para Exposição Interoceptiva

"Condicionamentos interoceptivos são associações entre estímulos internos do corpo. Vamos supor que antes de seu primeiro ataque de pânico você tenha começado a sentir algumas sensações (p.ex.: pequena tonteira, alguma sudorese, baixa taquicardia etc.). Estas sensações foram crescendo até ocorrer o ataque, isto é, elas chegaram à sua intensidade máxima. Supõe-se que, num condicionamento interoceptivo, as sensações iniciais fiquem associadas com as últimas de tal forma que começar a sentir as primeiras sensações faça disparar as últimas (isto é, um novo ataque). Esta associação é equivalente a um condicionamento pavloviano, tal como o cheiro de uma comida saborosa dispara saliva em nossa boca, o mesmo acontece internamente em nosso corpo. Para anular esta associação é necessário experimentar as sensações iniciais em uma situação segura, como esta desta sala, durante esta consulta, em que você se sente protegido por minha presença, sem elas serem seguidas por novos ataques. Assim, você vai começar a se habituar às sensações e elas não vão disparar novos ataques. Ficou claro?"

No que respeita ao relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1938), apenas fazer o exercício no paciente chamando a atenção dele para a concentração necessária para discriminar a diferença entre graus variados de tensão nos diversos músculos do corpo. É importante também destacar a importância que o relaxamento muscular tem para produzir um relaxamento periférico, mas que, por sua vez, induz um estado de rexamento mais central, representado pela ativação do sistema parassimpático. É importante acrescentar sugestões como são feitas no treinamento autógeno de (Luthe, 1969) e incentivar a visualização de cenas traquilizadoras, como uma praia deserta ou a relva de uma montanha, com seus odores e brisas.

Os objetivos da sessão 4 são de fortalecer a auto-eficácia. As seguintes metas e tarefas são almejadas:

1. Análise dos RDPs, com respectivas correções, se necessárias.
2. Fazer hierarquia de exposições situacionais (para pacientes que também tenham Agorafobia).
3. Iniciar exposição gradual ao vivo, ressaltando o uso da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E., através de aceitação das sensações, treino respiratório e restruturação por meio da estratégia SPAEC.
4. Solicitar RDPs, Curtograma, Lista de Desejos.
5. Solicitar treino em relaxamento.
6. Recomendar novos exercícios graduais de auto-exposição como tarefa de casa.

Instruções para a Sessão 4

Esta sessão é para pacientes que, além de TP, também preencham critérios diagnósticos para Agorafobia. Se o paciente não tiver problemas de deslocamento solitário, a quinta e a sexta sessão serão desenvolvidas nesse momento. Se tiver, fazer uma hierarquia de exposições, conforme exemplo abaixo. Depois de construída, começar junto com o paciente pelo item mais baixo e ir subindo progressivamente. Atenção: o exercício deve ser feito com exposição prolongada, isto é, só se passa para o item seguinte quando a ansiedade experimentada num item seja desprezível. O rebaixamento da ansiedade pode durar mais de meia hora, mas pode ser muito menor. Avaliar, ou pedir ao paciente para avaliar (conforme o estágio na hierarquia), a quantidade de ansiedade em graus subjetivos de ansiedade de 0 a 100.

Exemplo uma de Hierarquia de Exposições

1. Distanciar-se uma quadra.
2. Dar uma volta no quarteirão.
3. Dar uma volta em dois quarteirões (terapeuta vai na frente e espera no final).
4. Caminhar por x quarteirões sem a presença do terapeuta (ou outra pessoa).
5. Pegar um taxi até a própria casa (dependendo da distância, trajeto com túneis, engarrafamentos ou não).
6. Andar num elevador (um andar ou mais).
7. Pegar um ônibus (1 ponto ou mais).
8. Andar de metrô (uma estação ou mais)

O objetivo da sessão 5 é tentar favorecer uma modificação na forma como cada cliente maneja a sua existência. As seguintes metas e tarefas fazem parte dela:

1. Análise dos RDPs, com respectivas correções, se necessário.
2. Análise da Lista de Desejos e do Curtograma.
3. Introduzir noção de Hedonismo Responsável
4. Análise de situações negativas de vida, incluindo a discussão da idéia de "pânico como freio".
5. Introduzir a noção de assertividade, fazendo também uma dramatização de uma das situações negativas.
6. Tarefas para casa:
    a. RDPs
    b. Satisfazer itens da Lista de Desejos
    c. Satisfazer itens do Curtograma
    d. Treinar relaxamento
    e. Fazer auto-exposições

Instruções para a Sessão 5

O leitor deve reportar-se ao Capítulo de Transtorno do Pânico publicado por Rangé (1995) onde se discute o modelo de pânico como punição. O modelo deve ser apresentado e discutido com o paciente, fazendo-se comparações às suas próprias experiências que se relacionam com o modelo. Deve-se chamar a atenção de que o paciente frear seus desejos faz gerar ansiedade, pelo medo de perder seu controle [e assim fazer coisas (tornar-se mais independente e responsável, crescer como pessoa, separar-se de um cônjuge, querer morrer por não saber solucionar sua situação insatisfatória) pelas quais possa ser criticado, rejeitado, punido, abandonado pelas pessoas que lhe são queridas]. Deve-se mostrar também que, agindo assim não está sendo assertivo e autêntico (ver adiante).

Deve-se discutir neste momento também a noção hedonismo responsável. Entende-se por isto a idéia que somos movidos por desejos, mas que isto só se justifica se for feito de forma racional, isto é, em que se avalie as implicações positivas e negativas de curto, médio e longo prazo de cada decisão. Senão poderíamos agir impulsivamente e nos arrepender de nossas decisões. Deve-se discutir também a medida em que uma (ou mais) das próximas três crenças possam estar sendo seguidas por ele:

Exercícios de Exposição Interoceptiva para Pacientes

Exercício	Duração (seg)	Intensidade da sensação (0-10)	Ansiedade (0-10)	Similaridade (0-10)
Sacudir a cabeça de um lado para o outro	30			
Colocar a cabeça entre as pernas e levantar	30			
Correr parado	60			
Prender a respiração	30 ou mais			
Tensão muscular completa do corpo	60 ou mais			
Rodar numa cadeira giratória	60			
Hiperventilar	60			
Respirar por um canudo fino	120			
Manter o olhar em um ponto na parede ou na própria imagem no espelho	90			

Barlow, 1998

Quadro 2. Crenças Irracionais (Albert Ellis, 1962)

1. A idéia que existe uma extrema necessidade para qualquer ser humano adulto ser amado ou aprovado por virtualmente qualquer outra pessoa significativa em sua comunidade.
2. A idéia que se deva ser inteiramente competente, adequado e realizador em todos os aspectos possíveis para se considerar como tendo valor.
3. A idéia que é terrível e catastrófico quando as coisas não são do jeito que a gente gostaria muito que fossem.

O conceito de assertividade ou de afirmação pessoal refere-se à expressão direta, honesta e adequada de sentimentos acompanhada dos comportamentos correspondentes. Já foi visto que pacientes com pânico são pouco assertivos. Pode-se compreender isto por seu temor de serem reprovados. Um certo tempo da sessão 5 e 6 deverá ser ocupado com uma análise das situações em que o paciente não consegue ser assertivo e com treinamento de habilidades de assertividade.

Treinar habilidades de afirmação diz respeito a ensiná-lo a agir desta forma. Uma afirmação é um pensamento positivo que escolhemos para expressá-la, para que assim possamos atingir um objetivo. A maior força de uma pessoa virá primeiramente do modo como ela afirma seu valor como pessoa. Existem duas formas de afirmações que ela poderia explorar: a primeira são crenças particulares referentes a quem ela é; e a segunda são crenças referentes às coisas que ela quer fazer em sua vida.

A sessão 6 tem como objetivo básico a manutenção e o fortalecimento do que foi aprendido. As metas e tarefas:

1. Rever e analisar tarefas
2. Análise de iniciativas existenciais
3. Repetir exercícios de relaxamento, de conscientização corporal e respiratórios.

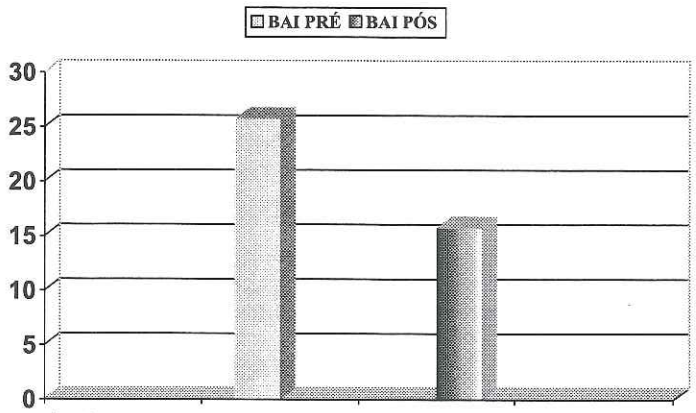


Gráfico 6.1. Comparação entre os resultados do Inventário Beck de Ansiedade no pré-teste (25,72) e no pós-teste (15,81).

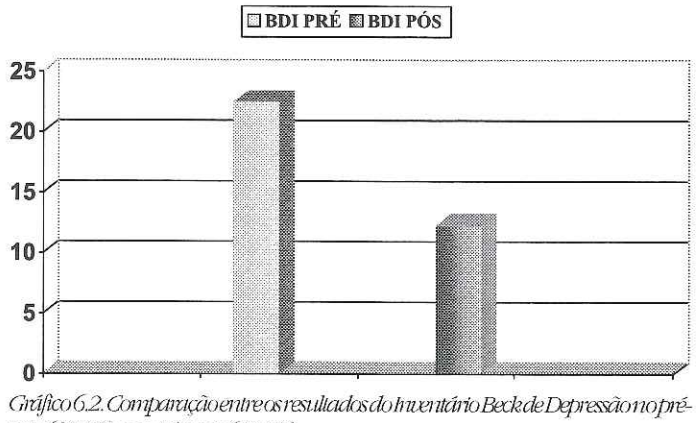


Gráfico 6.2. Comparação entre os resultados do Inventário Beck de Depressão no pré-teste (22,50) e no pós-teste (12,33).

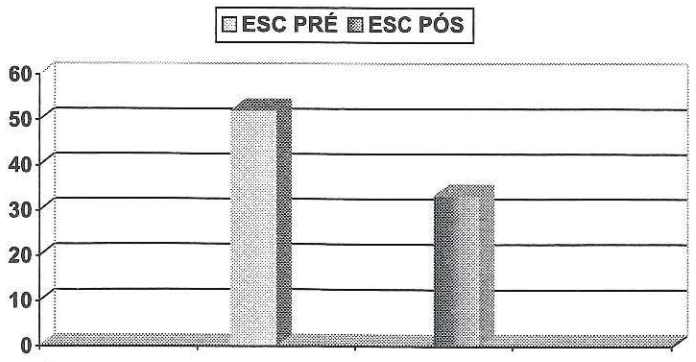


Gráfico 6.3. Comparação entre os resultados da Escala de Sensações Corporais, de Chambless, no pré-teste (52,18) e no pós-teste (33,36).

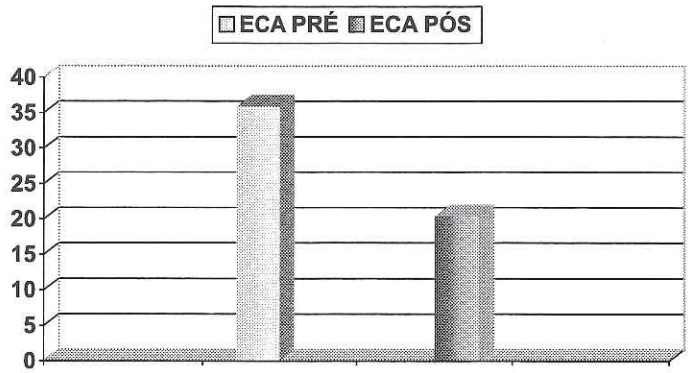


Gráfico 6.4. Comparação entre os resultados da Escala de Cognições Agorafóbicas, de Chambless, no pré-teste (35,90) e no pós-teste (20,40).

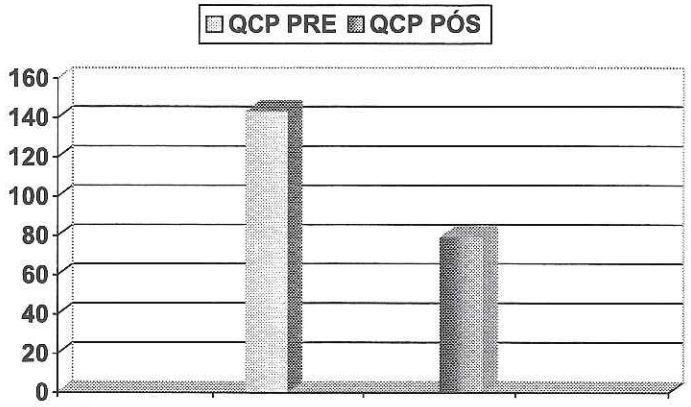


Gráfico 6.5. Comparação entre os resultados do Questionário de Crenças de Pânico, no pré-teste (143,30) e no pós-teste (79,10).

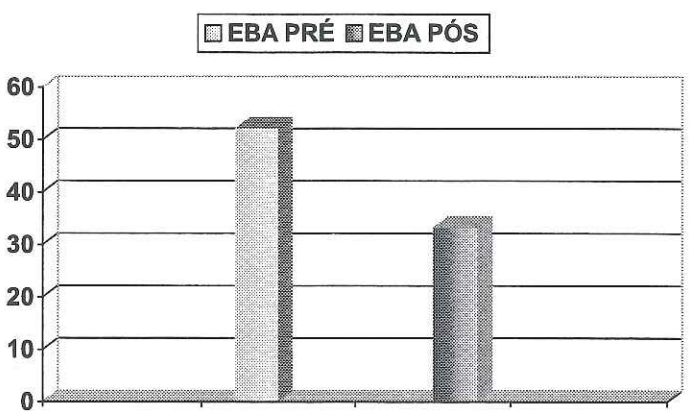


Gráfico 6.6. Comparação entre os resultados da Escala Brasileira de Assertividade, de Ferreira e?, no pré-teste (52,18) e no pós-teste (33,36).

O pós-teste consiste em reavaliar o desempenho nas escalas aplicadas anteriormente. O objetivo é avaliar status do paciente em relação a níveis de ansiedade, depressão, evitações, assertividade e funcionamento global na vida.

Resultados

Os resultados até o momento têm confirmado as hipóteses de efetividade desse tratamento. Abaixo, apresentamos alguns gráficos que a demonstram.

Conclusões

Como pode ser visto por esses resultados este tipo de programa tem se mostrado efetivo o que sugere a sua utilização numa escala mais ampla mesmo com pessoas que não tenham um treinamento sólido no uso de procedimentos cognitivo-comportamentais em pacientes com transtorno do pânico e com agorafobia.

Referências

1. Almeida Filho, N. e cols. (1992) Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras - Brasília, São Paulo, Porto Alegre. Revista ABP-APAL, 14: 93-104.
2. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
3. Ayres, L.S. e Ferreira, M.C. (1995). Para medir assertividade: construção de uma escala. Boletim CEPA, 2: 9-19.
4. Barlow,D.H. (1988) Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford.
5. Barlow, D.H. (org.) (1998) Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos (cap. 1: Transtorno do Pânico e Agorafobia). Porto Alegre: Artmed.
6. Beck, A.T., Emery, G. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective.New York: Basic Books, 1985.
7. Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, Mock, J. e Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general Psychiatry, 4, 561-571.
8. Beck, A.T.; Eptein, N.; Brown, G. e Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychological, 56, 893-897.
9. Biaggio,A.; Natalicio,L. e Spielberger,C.D.(1977) Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada 29(3), 31-44
10. Bonn, J.A.; Redhead, C.P.A. e Timmons, B.H. (1984). Enhanced adaptative behavioral response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. Lancet, 2, 665-669.
11. Bowlby, J. (1977). The making and beaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. British journal of Psychiatry, 130, 201-210.
12. Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. (1984) Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. J Consult Clin Psychol. Dec; 52(6):1090-7.
13. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. (1985) The Mobility Inventory for Agoraphobia. Behav Res Ther. 23(1): 35-44.
14. Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research & Therapy, 24, 461-470.
15. Clark, D.M. (1991). Cognitive therapy for panic disorder. Paper presented at the NIH Consensus Development
16. Clum, G.A. e Knowles, S.L. (1991). Why do some people with panic disorders become avoidant?: A review. Clinical Psychology Review, 11, 295-313.
17. Derogatis, L.R. (1983) SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual II. Clinical Psychometric Research.
18. Di Nardo, P.A..; Brown, T.A. e Barlow, D.H. (1995). Anxiety Disorders Interview Schedule od DSM-IV (AIDIS-IV). Albany, NY: Greywind.
19. Ellis, A. (1962) Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
20. Ferreira, (EBA)
21. Gelder, M.G., Marks, I.M.& Wolff,H.H. (1967). Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled inquiry. British Journal of Psychiatry, 113,53-73.
22. Goldstein, A.J.,& Chambless, D.L.(1978). A reanalysis of agoraphobia. Behavior Therapy, 9,47-59.
23. Greist, J.H.; Marks, I.M.; Berlin, F.; Gournay, K. e Noshirvani, H. (1980) Avoidance versus confrontation of fear. Behavior Therapy, 11, 1-14.
24. Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
25. Klein
26. Klerman, G.L. (1990). Depression and panic anxiety: the effect of depressive comorbidity on response to drug treatment of patients with panic disorder and agoraphobia. J Psychiatr Res 24 (suppl 2) : 27-41.
27. Klerman, G.L. (1993).
28. Luthe,W.(Ed.)(1969) Autogenic Therapy.NY:Grune e Straton
29. Margraf, J.; Barlow, D.H.; Clark, D. e Telch, M.J. (1993) Psychological treatment of panic: work in progress and outcome, active ingredients, and follow-up. Behaviour Research and Therapy, 31, 1-8.
30. Marks, I.M., Gelder, M.G., e Edwards, G. (1968). Hypnosis and desensitization for phobias: A controlled prospective trial. British Journal of Psychiatry, 114, 1263-1274.
31. Mavissakalian, M., & Michelson, L. (1986). Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. American Journal of Psychiatry, 143, 1106-1112.
32. Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., lll,Leaf, P. J.,Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Jr., Kramer, M.,& Stolzman, R.(1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. Archives of general Psychiatry, 41, 959-967.
33. National Institutes of Health. (1991, September 25-27). Treatment of panic disorder. NIH Consensus Development Conference Consensus Statement, Bethesda, MD.
34. Öst, L.-G.(1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. Behaviour Research and Therapy, 26, 13-22.
35. Rangé, B. (org) (1995) Terapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos. Campinas, SP: Editorial Psy.
36. Rangé, B. (1996) Questionários de Pânico e de Crenças de Pânico. Não publicados.
37. Regier, D.A., Narrow, W.E. e Rae, D.S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. Journal of Psychiatry Research, 24 (Suppl), 3-14.
38. Reiss, S. e McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss e R.R. Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavior therapy (pp. 107-121). San Diego, CA: Academic Press.
39. Shear, M.K., Cooper, A.M., Klerman, G.K., Busch, F.N. e Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 859-866.
40. Weissman, M.M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks, and familial patterns. In A.H. Tuma e J.D. Maser (Eds.): Anxiety Disorders. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
41. Weissman, M.M. (1991). Panic Disorder: Impact on quality of life. Journal of Clinical Psychiatry, 52 (Suppl), 6-8.
42. Weissman, M.M., Markowitz, J.S., Oullette, R., Greenwald, S. e Kahn, J. P. (1990). Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: Results from a community survey. American Journal of Psychiatry, 147, 1504-1508.
43. Wittchen HU, Ahmoi EC, Von ZD e cols. (1986). Lifetime and six monyh prevalence of mental disorders in the Munich Follow Up Study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 241(4): 247-258.
44. Zgourides GD, Warren R, Englert ME. (1989) Further evidence of construct validity for the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire. Psychol Rep. Apr;64(2):590.

" LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE EL ENFOQUE POSRACIONALISTA"

Augusto Zagmutt Cahbar
Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista Santiago de Chile

1.-¿ POR QUE BUSCAR NUEVOS MODELOS ¿

a-La necesidad de dar cuenta de la complejidad de la experiencia humana exige un cambio en el actual enfoque predominantemente descriptivo y no explicativo de la sicopatología. Al eludir responder a la complejidad y diversidad de cada cuadro clínico se corre el riesgo de ver al ser humano que sufre como si fuera una entidad pasiva ante la " enfermedad "que lo invade.

b-La necesidad de generar una teoría explicativa, unitaria, falsificable y exhaustiva : los criterios para validar una teoría científica deben ser asumidos por la psicología moderna. Esperamos que una teoría psicológica sea capaz de asumir este desafío y ser capaz de poder explicar la experiencia humana , tanto la normal como la desviada.

2.-EL TEMA EPISTEMOLÓGICO

a- El principio de Correspondencia: una mirada al actual estado de cosas permite decir en primer lugar que los enfoques racionalistas tradicionales tienen un tema básico común que es el tema de la correspondencia. Si existe un orden de la realidad, unívoco y único para todos, el comportamiento de una persona siempre deberá estar referido a esa realidad externa. O sea ,para un enfoque racionalista , todo conocimiento humano es en mayor o menor medida una especie de copia de un orden externo a él al que debe adscribir. Si no se es de determinada manera entonces se está desadaptado. De allí el énfasis de la mayoría de los enfoques en restituir al paciente a su orden anterior , previo a " enfermar"

b- El cuestionamiento de la Objetividad. La pretensión humana de objetividad ha sido demolida por los avances que nos ofrece la ciencia actual y muy particularmente desde las ciencias biológicas.Los trabajos de Maturana y Varela ,los investigadores en neuropsicología tales como Gazzaniga, Edelman y otros además de otras fuentes de conocimiento tal como la epistemología evolutiva , cuestionan severamente la noción del conocimiento que ve al hombre como una " tábula rasa ".Crece la evidencia que considera al conocimiento como una construcción personal y no como una copia pasiva del impacto del mundo externo,que es grabado con mayor o menor fidelidad por el instrumento que es el hombre.

c-El paciente como Observador: si la realidad corresponde a una construcción personal generada mediante las distinciones particulares que un humano hace en la realidad ,lo que Maturana llama la " Realidad en Paréntesis ", entonces lo que el paciente distingue dice mas del paciente que de la realidad. La realidad es entonces autorreferencial y no referida a un mundo objetivo , único para todos sino que es referida a un multiverso en el cual la persona hace las distinciones que le sean viables, creando entonces una realidad objetiva personal.Entonces la rigidez con que el paciente vive la experiencia desadaptativa solo puede ser flexibilizada desde dentro de su propio sistema de conocimiento autorreferencial.

d- El terapeuta en el Multiverso: en un enfoque así el terapeuta ya no puede mas argumentar que posee un punto de vista válido con el que confrontar al paciente.Lo que le ocurre al paciente es su viabilidad existencial y entonces el punto de vista que sostiene es verdadero en si aunque al observador externo le sea manifiestamente irracional o ilógico. La óptica terapéutica debe pasar de los criterios de control o persuasión a criterios de comprensión de las reglas internas que sostienen ese punto de vista " desadaptativo ".

3.-la opcion constructivista-posracionalista

a-Las revoluciones cognitivas: La primera revolución cognitiva,la del procesamiento de la información correspondía a una etapa en que los procesos de conocimiento eran vistos según el paradigma computacional. de primer orden Es una etapa marcada por el desarrollo abrumador del conductismo y tras de este de las concepciones conexionistas. La segunda revolución cognitiva surge desde las ciencias biológicas y del cambio del paradigma computacional. Las variables mediacionales y los procesos emergentes pasan a ser el centro de interés. Es la fase asociacionista en sicología. La tercera revolución cognitiva refleja un verdadero cambio axial reconociendo al hombre como el actor y autor de su propio conocimiento

b-La metateoría Constructivista: La tercera revolución cognitiva se expresa en el inicio de los 80 con la emergencia de la metateoría constructivista la que se aleja del asociacionismo y se centra en estudiar las estructuras profundas que operan tras las expresiones manifiestas de superficie (síntomas)

En lo más esencial, el Constructivismo se diferencia de los modelos tradicionales de Procesamiento de la Información en tres aspectos fundamentales:

- El conocimiento es activo y proactivo. El conocer no se iguala a un corresponder a una realidad externa pasivamente copiada.
- La primacía de lo abstracto en el saber y el sentir. Es decir que los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento constriñen, sin especificar, el contenido de nuestra experiencia consciente.
- El conocimiento es autoorganizado, vale decir que la construcción de una realidad personal es, por una parte interdependiente con el mundo externo y por la otra subordinada a la mantención de la continuidad del organismo.

c-El Enfoque Posracionalista como un Enfoque Constructivista Circular Simétrico Con la emergencia de la metateoría constructivista el conocimiento humano se entiende como una modalidad evolutiva en la que el sujeto ordena y reordena su experiencia inmediata con el fin de mantener su sentido de continuidad vital., y no el de alcanzar de una verdad objetiva unívoca y externa a su experiencia.El posracionalismo considera que en la estructura de la experiencia humana son igualmente importantes los procesamientos emotivos y los procesamientos conceptuales, en una danza dialéctica sin fin en que uno restringe al otro recíprocamente en la constante búsqueda de coherencia.

d-El programa metodológico Posracionalista: , Si todo proceso de conocimiento, lejos de ser neutral siempre es auto referencial ; si todo punto de vista es válido en si mismo ; si somos sistemas cerrados a la información, esencialmente no instruibles ; si el conocimiento humano tiene como finalidad la viabilidad de este y no la verdad objetiva , entonces esto invalida la pretensión de legitimar la búsqueda de una "verdad" a la que referir un trastorno emocional. Entonces, dentro de este paradigma vemos el trastorno emocional como la particular modalidad de ordenamiento del organismo frente a los desafíos existenciales que no puede integrar en una continuidad narrativa personal. El terapeuta posracionalista está por lo tanto mas interesado en referir la sintomatología a las reglas profundas internas de funcionamiento del sistema de conocimiento como los procesos responsables de la aparición de los eventos de superficie y no a la aparente "irracionalidad" del paciente.El foco de atención del terapeuta posracionalista se desinteresa de definir el grado de correspondencia del conocimiento del paciente en relación una lógica externa universal y pasa a centrar su interés en la lógica interna que sostiene la viabilidad existencial de ese paciente en particular. En consecuencia , la metodología terapéutica posracionalista estará centrada en lograr que le paciente comprenda las reglas de funcionamiento que generan la sintomatología y no en el control sintomático explícito.

4.-ontogenia del conocimiento : El hombre como un sujeto epistémico autopoietico.

La particularidad más importante para comprender la experiencia humana , es que este vive de una manera experiencialmente escindida.El modo de conocer específicamente humano surge de una relación dialéctica entre dos modalidades cognitivas diferentes : por un lado, un nivel de conocimiento emotivo-tácito, el que compartimos con el resto de los mamíferos dándonos momento a momento un modo inmediatoy apriorístico de sentirnos en el mundo, y, por el otro, un nivel de procesamiento explícito de esta misma experiencia en curso reformulada en el lenguaje en una coherencia narrativa que estabiliza y da continuidad a la experiencia. Esta particularidad del desarrollo evolutivo de la especie humana, el doble procesamiento de la información nos permite mantener un sentido de continuidad experiencial a pesar de la discontinuidad e impredictibilidad de las perturbaciones externas, manteniendo así al sujeto independiente del momento a momento y construyendo así un sentido de identidad personal que tenderá a mantenerse coherente y estable en el tiempo.

Esta modalidad de conocimiento personal se organiza alrededor de la evitación de experiencias emotivas desafiantes que pongan en riesgo la sincrona y reciprocidad con la figura de apego. Esta modalidad de funcionamiento organiza toda la experiencia individual de una manera tal que tendemos a ser ciegos a como operamos tácitamente en cada modalidad personal de organización del conocimiento. manteniendo la coherencia del sistema y su sentido de unicidad y continuidad histórica ante desafíos existenciales no integrables. Así, la vivencia restringe el nivel explicativo consciente posible y a su vez la explicación regula el acceso a la experiencia inmediata en curso subordinando su acceso a mantener la estabilidad del sistema.

5-hacia una sicopatología explicativa

El conocimiento humano esta organizado en una tensón esencial entre dos modalidades de conocimiento recíprocamente restringidas que hacen que el desarrollo ocurra a través de crisis y reorganizaciones y no mediante un. desarrollo lineal que conduzca a un ideal madurativo. El desarrollo humano, en este modelo, es visto como una progresión ortogenética , en la que la persona alcanza un orden a través de fluctuaciones en un proceso en espiral que aumenta su complejidad sistémica. Cada punto de equilibrio es acompañado por nuevas discrepancias que a su vez vuelven a exigir un nuevo orden de la experiencia en curso en un proceso espiral sin fin.

Los momentos en que el sistema entra en fase de tensión o crisis no son en si normales ni patológicos. Ante cualquier experiencia desafiante el sistema tiene dos vias de resolución de la tensión : uno es ser capaz de integrar esta experiencia desafiante y hacer un salto progresivo en su complejidad y mejorando la regulación de los estados emotivos , enriqueciendo la trama narrativa ,o bien no ser capaz de integrar esta experiencia y hacer un salto regresivo, referiendo a lo externo la experiencia discrepante ,empobreciendo la trama narrativa.

Cuando la coherencia del sistema se ve amenazada, entonces este reduce la discrepancia entre la experiencia en curso y la trama narrativa previamente estructurada y estabilizada , mediante sistemas de autoengaño.Estos pueden operar de dos maneras : ya sea excluyendo aquella información que pueda activar emociones que estén fuera del rango de control o reconocimiento o desarrollando actividades distractivas que aplanen el efecto disruptivo de los gatillamientos emotivos que no pudieron ser eludidos. Ambos procesos interfieren con las habilidades de autoconciencia estructurándose entonces el aspecto nuclear de la psicopatología que consiste en la externalización de la experiencia perturbadora en curso.

La activación emocional no reconocida y que es vivida sin poder ser comprendida es lo que entendemos como síntoma clínico. La expresión psicopatológica de superficie corresponde a la la modalidad profunda con la que el sistema hace la coherencia que le restablece el sentido de continuidad experiencial.

6.-las organizaciones de significado personal

La identidad personal y la noción del mundo surgen del proceso de proximidad y alejamiento a la figura de referencia.En este acercarse y alejarse a la figura de apego el niño aprende a organizar las tonalidades emotivas básicas de una manera particular, organizar el miedo, la rabia, la perdida, el desamparo, etc. de manera de mantener la mayor armonia y reciprocidad con la madre.El aspecto mas importante del muy largo proceso de vinculación - desvinculación de una figura referencial se organiza en torno a elaborar una identidad, a nuestros ojos, diferenciada , positiva y tolerada por los demás.

La modalidad específica de organizar estas experiencias emotivas, de una manera idiosincrática y apriorística es lo que Guidano define como una Organización de Significado Personal (OSP) Esta es una modalidad de ordenamiento de la experiencia inmediata que le da a la persona el significado emotivo inmediato momento a momento de cómo está en el mundo. Este significado personal tácito es ordenado por el sistema explicativo de modo de hacer consistente ,también momento a momento esta experiencia con una imagen explícita positiva de si mismo de modo de dar coherencia al sistema total y permitir su viabilidad. Es una forma de conocimiento proactivo , un feedforward , que les da a las personas un modo inmediato , automático y tácito de sentirse en el mundo ante cualquier situación desafiante ,previa a ser procesada explícitamente.

Una OSP es una llave explicativa ,que le sirve al terapeuta para intervenir al tener una teoría de cómo es procesada la experiencia, de cómo son los procesos de conocimiento del paciente, y de ninguna manera una nueva nosología que solamente ponga nuevas etiquetas a viejos fenómenos.

Es importante hacer la distinción entre etiquetar y clasificar. Etiquetar implica solamente un nombre que se le coloca a algo, sin la intención de ordenarlo, solamente el propósito de identificarlo.Clasificar , por lo contrario, obedece a una intención ordenadora , que permite intervenir estratégicamente en los procesos de conocimiento del paciente.

Una breve caracterización de los elementos esenciales para cada OSP son los siguientes:

La Osp Depresiva se caracteriza por sucesos tempranos de vida percibidos como perdidas y rechazos y un sentido negativo de si mismo con un significado personal centrado en un sentimiento de soledad organizado en polaridades afectivas de desamparo y rabia con un sentido inútil de la vida.

La OSP Fóbica surge alrededor de una temprana interferencia en la conducta exploratoria y la autonomía lo que genera un modo de organizar los significados personales alrededor de los polos de necesitar ser protegido en un mundo peligroso, que incluye a su propio cuerpo como un riesgo y la necesidad de la libertad mas absoluta y total para desplazarse en este mismo mundo siendo muy sensible a percibirse constreñido.

En la OSP Dap (trastornos alimenticios) la ambigüedad de los vínculos tempranos genera la experiencia negativa de tener una autopercepción oscilante y borrosa que puede estabilizarse solo al establecer una relación sobreinvolucrada e indiferenciada con una figura de referencia generando un significado personal alrededor de un sentido indefinido de inefectividad personal, oscilando entre la necesidad de confirmación de los significativos el temor a ser invadido o desconfirmado por estos mismos.

En la OSP Obsesiva,los vínculos tempranos han dado lugar a un sentido ambivalente de si mismo ,organizando sus significados en una modalidad dicotómica absoluta y antitética, que lo lleva a buscar compulsivamente la certeza absoluta, excluyendo la vida emotiva.

Cada organización tiene su modalidad de conocimiento personal estructurada de tal manera de evitar experimentar ciertas emociones desafiantes en lo que se denomina el principio de lo abstracto.

De acuerdo a esto la OSP Depresiva tiende a dejar fuera del reconocimiento explícito las experiencias de desamparo e incontrolabilidad del mundo. La OSP Fóbica evita toda percepción de sentimientos de constricción. La OSP Dap (Desórdenes Alimentarios Psicógenos) lo hará respecto a sentirse desconfirmado o invadido, evitando los sentimientos de ineficacia personal y vacío. Finalmente en la OSP Obsesiva se debe evitar toda experiencia emotiva que pueda gatillar sentimientos de ambivalencia e incontrolabilidad.

La calidad y estructura del síntoma va a depender de la modalidad de organización de la experiencia para cada organización de significado personal y de la modalidad de procesamiento de los contenidos del conocimiento distinguidos en cada organización de significado personal.Esto dependerá de si el procesamiento es mas o menos flexible,si es mas o menos abstracto o si es mas o menos integrado.La sicopatología se relaciona con procesamientos del conocimiento mas rígidos , mas concretos y menos integrados en las dimensiones Normal , Neurótica y Psicótica.

7.-la organización de significado personal " desordenes alimentarios psicógenos" (d.a.p.)

El tema central común para todos los trastornos clínicos comprendidos en las personas con OSP Dap , pese a la variedad sintomatológica de superficie, es la presencia de un sentido de sí mismo muy borroso e indefinido que se genera tempranamente en la ambigüedad de los vínculos cercanos y que es estabilizable solamente a través de un lazo indiferenciado y sobreinvolucrado con una figura de referencia idealizada y absoluta Esto genera un significado personal construido alrededor de un sentido indefinido de inefectividad personal, oscilando entre la necesidad de confirmación de los significativos y el temor a ser invadido o desconfirmado por estos mismos.

El aspecto principal en esta organización es la dificultad estructural para diferenciarse de una referencia externa vista como absoluta.

La senda evolutiva que sigue una persona para llegar a tener este tipo de OSP sigue una línea común, con algunas diferenciaciones.

Los vínculos tempranos de estas personas se caracterizan por una madre ambigua y contradictoria que oscila en su actitud hacia el niño. Esta oscilación de la figura de referencia interfiere con la necesidad del niño de tener un sentido estable y definido de sí mismo. Al no lograr establecer un reconocimiento de estados internos estable y predictible su única viabilidad es volcarse a coordinarse compulsiva y completamente con las expectativas de la madre, momento a momento. Esto es posible en el contexto en un vinculo enmarañado en el cual el niño obtiene un sentido de estabilidad personal empobreciendo la capacidad para tener un sentido autónomo y diferenciado de sí mismo.

El estilo familiar sobreinvolucrado e invasivo le redefine constantemente criterios , emociones y sentimientos castigando o interfiriendo todo criterio autónomo.Para una familia así quererse equivale a coincidir y la identidad personal equivale a la identidad grupal.

Alrededor de los 5 años, el niño tiene una limitada capacidad de decodificación autónoma de sus estados internos. De este modo puede lograr una autopercepción estable solamente adhiriendo momento a momento a las expectativas de una madre absoluta e ideal vivida como un espejo de si mismo. Se comprende que toda decepción o cambio de imagen de esta figura de referencia total provocará una desestabilización de la propia auto percepción. Cuando esto ocurre el niño cuenta solamente con las interocepciones más elementales como única fuente confiable de reconocerse a sí mismo. Las actividades alimenticias y también las musculares pasan a ser la fuente inmediata y automática de su reconocimiento inmediato para así lograr la estabilización de un sentido de sí mismo angustiosamente difuso y oscilante.

Los procesos de Identificación y de Diferenciación en este son disarmónicos. El proceso de diferenciación es interferido por la constante redefinición de sentimientos y criterios impuestos por la madre y la familia y el de identificación es fortalecido. El niño va a desarrollar una orientación predominantemente externa de sus procesos de conocimiento de sí mismo y el mundo , oscilando entre estar ligado externamente y estar ligado internamente Si se percibe ligado externamente, el niño experimenta un sentimiento de inefectividad personal (su sentido de sí mismo viene del otro). En el caso de percibirse ligado internamente tiene un sentido mayor de individualidad pero al precio de un sentimiento de vacío y de falta de autoconfianza.

El equilibrio lo logra en una estrategia auto referencial en el que, junto con escoger una figura idealizada de referencia, despliega ante esta figura actitudes autosuficientes para regular un sentido de mayor diferenciación.

Cuando el niño no logra manejar un buen nivel de confirmación de la figura de referencia, él puede usar dos estrategias: O bien evitar situaciones que gatillen sentimientos y criterios autónomos peligrosos para la mantención de la continuidad experiencial externamente fundada y entonces adhiere rigidamente a las expectativas de la madre.O bien desplegar actividades distractivas en las que puede usar los mismos componentes motores y viscerales a los que tiene fácil acceso para asi poder recuperar un sentido mas nítido y familiar. Puede utilizar para este objetivo la ingestión de alimentos o la hiperactividad o bien otras fuentes mas concretas de reconocimiento tal como la encopresis, entre otros.

El equilibrio logrado así en la infancia se rompe en la adolescencia con el pensamiento abstracto y la relativización y decepción de los padres y la familia. El desafio ahora es poder mantener una autopercepción estable al decepcionarse de las figuras idealizadas de padres y familia, que hasta ese momento sostenían su identidad. La búsqueda de figuras de referencia alternativas en el amor o la amistad son la solución pero ahora evitando la decepción inminente desarrollando un estilo vincular que implique una mínima exposición personal y una máxima garantía del otro que será puesto prueba sistemáticamente.Si esta estrategia fracasa aparecen los cuadros clínicos tales como la anorexia , bulimia y obesidad.

Desbalances clínicos en la OSP Dap

El aspecto central para comprender los desbalances de la OSP DAP es la excesiva vulnerabilidad a los juicios externos y la estructura y calidad de las diversas estrategias tácitamente utilizadas para manejar las perturbaciones emotivas gatilladas en los desbalances al intentar el control de los juicios externos que amenazan el sentido de sí mismo establecido.

Los eventos críticos gatilladores de los desbalances clínicos en los DAP se originan en situaciones de decepción de la figura absoluta de referencia que sostiene su identidad , o bien la aparición de situaciones de exposición social que rompan el equilibrio entre la necesidad absoluta de aprobación externa y el miedo de ser invadido o desconfirmado por los otros significativos.

El rango de trastornos clínicos que pueden explicarse por esta modalidad común de organización de la experiencia es extremadamente vasto, Los desbalances en la OSP Dap se expresan en los ya conocidos trastornos alimenticios pero también tienen expresión en otros desbalances clínicos. De esta manera vemos que los cuadros clínicos clásicos, como anorexia, bulimia y obesidad psicógenas se presentan casi exclusivamente en mujeres. En el caso de los hombres, en particular en el cuadro anoréxico , esto ocurre casi únicamente en homosexuales. Las mismas reglas internas de procesamiento propias de este significado personal se observa en los hombres , principalmente bajo la forma de problemas sexuales, sociales y laborales. Para ambos sexos se presentan todos los temas que se conectan con el rendimiento.

El continuo atribucional de los trastornos de la alimentación.

La decepción, puede llegar a ser procesada de dos maneras diferentes: o bien atribuir la perturbación experimentada a una realidad engañosa y decepcionante en si misma, o bien atribuirse esa experiencia negativa a sí mismo. En ambos casos esta diferencia atribucional es muy importante para entender los diferentes modalidades de los desbalances en los desórdenes alimenticios. Cuando se hace una atribución externa la persona tiende a ver a los demás como invasivos y engañosos, y desarrolla estrategias activas para combatir esta realidad. Esto genera una actitud mas activa tanto psicológica como físicamente ante la decepción percibida. Es el patrón que está detrás de los trastornos anoréxicos en los que hay una actividad motora aumentada y en el que se responsabiliza a los demás de la experiencia de decepción y desconfirmación, lo que se acompaña de un sentido combativo. En el caso de hacer una atribución interna la persona tiende a evitar los sentimientos de inefectividad y de vacío atribuyéndolos a ciertos atributos negativos personales internos y estables que le devuelven el sentido de control a través de la pasividad. Esta actitud da lugar a los trastornos de obesidad, en los que predomina una actitud física y psicológicamente pasiva y se acompaña de un sentido de derrota y de inevitabilidad de la desconfirmación y de las decepciones, "porque soy así, gorda y no tengo nada que hacer, así nací y ya no hay remedio".

En ambos casos la decepción y los sentimientos de vacío e ineficacia que la acompañan son transformados en experiencias manejables al asumir una actitud centrada en el temor a una imagen corporal inaceptable. Solo que en el caso del patrón anoréxico se lucha activamente sobrecontrolando los impulsos biológicos y de esta manera recuperando un control sobre un sentido de continuidad experiencial. En el caso del patrón obeso la actitud hacia la intolerable vivencia de decepción es de pasividad, en una estrategia en que retoma el control del sentido de continuidad experiencial circunscribiendo el malestar global de sí mismo en un aspecto específico negativo de sí mismo, tal como la gordura.

El patrón bulímico se encuentra en un punto intermedio, con grandes oscilaciones entre hacer atribuciones internas o externas de sus experiencias discrepantes. Esto es lo que nos puede explicar la particular dificultad relacional que ofrecen estos pacientes tan sistemáticamente conflictivos, tanto en su vida personal como en la terapia.

De esta manera podemos entender los tres patrones clínicos como emergiendo de una etiología común. Las diferencias clínicas observables pueden atribuirse a los diferentes estilos atribucionales que presentan los diferentes desbalances y que se distribuyen en un continuo desde un estilo atribucional externo con un sentido personal de actividad característico de la anorexia clásica , hasta un estilo atribucional interno con un sentido personal pasivo como en la obesidad clínica o mórbida.Entre uno y otro polo atribucional podemos distribuir los diferentes cuadros clínicos de tipo alimentario.Por supuesto que la Bulimia clásica se encuentra en el punto medio , mostrando oscilaciones recurrentes entre los dos estilos.Esto es coherente con la observación en la práctica clínica de que es muy raro encontrar personas catalogables en uno de los dos polos extremos.En la gran mayoria de los casos las pacientes han mostrado en algún momento un patrón alimentario diferente del principal. Momentáneas fases bulímicas son posibles de detectar tanto en anorécticas como obesas.

Nosotros entendemos las diferentes expresiones de los Trastornos Alimentarios Psicógenos como variaciones sintomatológicas de superficie de una modalidad común de procesar la experiencia. Pensamos que tanto en los problemas bulímicos, anoréxicos y de obesidad, así como en otras expresiones de la misma "fisiología" de la experiencia tales como ansiedad de exposición, fobia social, problemas sexuales, etc. hay una modalidad de significado común profundo.

Esta forma común de procesar la experiencia en tan diferentes cuadros clínicos debe entenderse como la modalidad en que este tipo de personas establece una forma coherente de darse un sentido y una consistencia, de tal modo de que en vez de

focalizarnos en la descripción , diagnóstico y control del comportamiento alimenticio, pasemos a intervenir en los procesos ligados a la identidad.

Bibliografía

Balbi , J (1998) " A Síndrome Agorafóbica a partir de uma perspectiva pos - racionalista ". en : Psicoterapia e Constructivismo ; Consideracoes Teóricas e Práticas. R. Franklin Ferreira. y C. Nabuco de Abreu , Editores. Brasil

Balbi , J. (1997) " El proceso terapéutico en la terapia cognitiva posracionalista " En : Manual de Psicoterapias Cognitivas. Compilado por Isabel Caro. Paidos. Argentina

Balb i, J. (1994) Terapia Cognitiva Postracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano.Buenos Aires.Biblos, Argentina de Marchis ,M. (2000) La Psicoterapia dei Disturbi Alimentari Psicogeni in un'ottica post-razionalista.IPRA - Roma.(www.ipra.it) , Italia

Ferrer,M. ;Skoknic ,P. (1998) " La Identidad Personal como un Metanivel Autorregulatorio del Nivel Autorregulatorio Emocional : Un Modelo Evitativo de la Progresión Ortogenética ". Presentado en el VI Congreso Internacional sobre Constructivismo en Psicoterapia ,Siena Italia.

Guidano , V. (1998) " O Percurso de um Terapeuta : do Objetivismo ao Constructivismo. " en : Psicoterapia e Constructivismo ; Consideracoes Teóricas e Práticas. R. Franklin Ferreira. y C. Nabuco de Abreu , Editores. Brasil
Guidano, V. (1995) "Constructivist Psychotherapy" : a Theoretical Framework",en Constructivism in Psychotherapy , Neimeyer, R.; Mahoney,M, Editores ;APA. ; USA.
Guidano,V. (1995) "Self Observation in Constructivist Psychotherapy"en Constructivism in Psychotherapy, Neimeyer,R. ; Mahoney,M. Editore. APA.:
EE.UU.
Guidano,V. (1994) SelF in Process , Guilford Press, New York. USA
Guidano,V. (1987) Complexity of the Self, Guilford Press, New York. USA.
Guidano,V. y Liotti,G. (1983) Cognitive Processes and Emotional Disorders. Guilford Press, New York. USA.
Hayek,F. (1952) The Sensory Order. University of Chicago Press.USA.
Mahoney,M. (1995) " Continuing Evolution of the Cognitive Sciences and Psychotherapies " en Constructivism in Psychotherapy, edit.Neimeyer,R. ; Mahoney,M. , APA. USA.
Mannino, G. (2000) "La costruzione del Sè nei Disturbi Alimentari Psicogeni".IPRA - Roma. (www.ipra.it) Italia
Maselli,P;Cheli,C. (2000) " Psicopatologia descrittiva e Psicopatologia Explicativa dei Disturbi Alimentari Psicogeni " IPRA - Roma. (www.ipra.it) , Italia
Maturana,H;Varela,F. (1984), " El Arbol del Conocimiento ". Editorial Universitaria. Chile
Zagmutt , A. (2000) "La comprensión del síntoma desde el enfoque posracionalista ".Conferencia dictada en Montevideo,Uruguay. III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latinoamericanas.
Zagmutt,A. (1999) " El hombre como un sistema epistémico autopoiético " Simposio : " Terapia Cognitiva Posracionalista ,Teoria y Método Terapéutico " , II Congreso Brasilero de Psicoterapias Cognitivas. Rio de Janeiro.Brasil
Zagmutt, A. ;Lecannelier, F.; Silva ,J. (1999) " The problem of delimiting constructivism in psychotherapy " Journal of Constructivism in the Human Sciences ". Vol 4 , No 1 , pags. 117 - 12
Zagmutt , A (1998) " Intervención en crisis desde el enfoque posracionalista y el marco narrativo de la experiencia humana ". en Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol VII , No 2
Zagmutt.A ; Silva J. (1999) " Conciencia y Autoconciencia : un enfoque constructivista.". Revista Chilena de Neuropsiquiatria. Año 53 , Vol. 37 , No 1 , pags. 27 - 34.

TERAPIA COGNITIVA: ABORDAGEM PARA O MANEJO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Mário Francisco Juruena †

Esta apresentação revisa a terapia cognitiva (TC) para o transtorno bipolar (TAB). Dados sobre a pobre resposta terapêutica de aproximadamente 50% dos pacientes diagnosticados com TAB sustentam a associação de uma intervenção psicossocial para o tratamento deste transtorno afetivo recorrente.

O TAB apesar das raízes biológicas, oscilações no afeto, comportamento e temperamento manifestam-se principalmente no pensamento, percepção, linguagem e cognição. Nos desajustes interpessoais, também observamos desajustes com familiares, amigos, no trabalho e na sociedade.

As características psicoeducativas da TC proporcionam, tanto para o paciente como para os familiares, o aprendizado sobre o que é o Transtorno Afetivo Bipolar, enfatiza o reconhecimento dos sintomas precoces, instrui sobre o curso longitudinal, fatores de risco de recaídas e explica e exemplifica sobre a importância e características do tratamento, uso dos medicamentos e psicoterapia (vide tabela I).

Tabela I. Abordagem da Terapia Cognitiva em Transtorno Afetivo Bipolar.

• Psicoeducação sobre TAB e terapêutica
• Monitorização e auto-estabilização da sintomatologia afetiva
• Manejo dos sintomas agudos
• Aumento da aderência à medicação
• Melhora do suporte social e familiar
• Elaboração conjunta com paciente e família de estratégias terapêuticas

A TC aumenta efetividade da aceitação pelo paciente e pela família do diagnóstico e do tratamento farmacológico, melhorando significativamente a adesão terapêutica. Tendo, a TC capacidade de prevenir recaídas em depressão unipolar e as recaídas no TAB, freqüentemente relacionadas com a Depressão Bipolar. Muitos conceitos e técnicas da TC para depressão servem bem para o tratamento do TAB.

Especificamente a TC pode ser útil no aumento da adesão ao tratamento, melhorando a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial, ajudando na detecção precoce dos sintomas maníacos, hipomaníacos e depressivos. Prevenindo o alto índice de recaídas e recorrências com perdas afetivas, psicossociais e profissionais, modificando o padrão de pensamento e o comportamento do paciente com TAB (vide tabela II).

Tabela II. Detecção precoce de sintomas em Transtorno Afetivo Bipolar.

Identificação de pacientes vulneráveis:
a) Eventos Estressantes
b) Situações de alto risco
c) Comportamento de risco
d) Irregularidade de sono, alimentação, atividades psicossociais

Terapia Cognitiva para T. A. Bipolar reduz fatores de risco para oscilação do humor, através de: a) redução do nível subjetivo de estresse, reduzindo probabilidade de reativações; b) aprender a romper com os ciclos, reconhecendo o bom humor normal e diferenciando de sintomas iniciais de mania; c) aprender a pensar e agir, sistemática e metodologicamente, para conter distratibilidade e impulsividade maníaca.

Intervenções psicossociais para TAB serão brevemente revisados, assim como intervenções de TC individuais e em grupo, publicadas e não publicadas (vide tabelas de III a VII). A importância da comorbidade com transtornos de ansiedade, considerando respostas ao tratamento, também será discutida e uma revisão do protocolo de tratamento com as específicas intervenções cognitivo-comportamentais quando aplicado a TAB será apresentado.

TABELA III. Identificando crenças e pensamentos automáticos.

Aderência à medicação:
"Quando eu falei de medicação, o que vem a sua mente, alguma imagem?"
Psicoeducação sobre TAB e terapêutica
"Qual sua idéia sobre TAB e da sua família?"
Redução de sintomas maníacos/hipomaníacos:
Reconhecer sinais precoces, regular sono/ alimentação
Redução de sintomas depressivos:
Identificar de desesperança, desamparo e baixa auto-estima na depressão bipolar

TABELA IV. Teste de realidade em sintomas maníacos.

- Pensamentos de grandiosidade: "Eu sou the best.."
- Quantificar risco associado a cada idéia
- Role-play invertendo papéis
- Confrontar idéias com pelo menos duas pessoas

TABELA V. Reduzir Impulsividade e Hiperatividade.

Planejamento ativo (priorizar e reduzir)
Período de reflexão entre: pensamento e ação; e entre emoções e ações.
Adiamento de decisões "chave" até comportamentos: (-) enérgicos e eufóricos; (-) deprimido e apático
Sentar e escutar; não se isolar nem destoar; não dominar conversações
Estimular controle (reconhecer situações de risco e evitá-las)

TABELA VI. Neutralizar distratibilidade e desorganização.
Sumário dos principais pontos a cada sessão
Pacientes tomam notas durante a sessão e registram vivências durante as sessões
Gravar sessões para o paciente (áudio-tape)
Enfatizar a importância de completar as "tarefas de casa"
Discutir os prós e contras de ser espontâneo
Minimizar riscos e ß sensação de perda de liberdade

TABELA VII. Fazendo as Pazes com a Medicação.
Avaliar crenças sobre medicações
Colaborar com processo de aprendizado sobre efeitos positivos e adversos da medicação
Discutir efeitos estabilizadores do humor, comparar experiências pessoais do paciente
Examinar vivências sem ou com medicação
Criar rotinas para minimizar "esquecimentos" na utilização de medicamentos
Com isto diminui a incidência de recaídas e diminui os sintomas residuais depressivos

Os resultados preliminares indicam que TC pode ser um adjunto efetivo na intervenção para o tratamento de TAB. O aumento do uso de Psicoterapia Cognitiva em TAB e o reconhecimento da maior eficácia na associação psicoterapia cognitiva + medicação em bipolares fundamenta seu uso (vide tabela VIII).

TABELA VIII. Terapia Cognitiva em Pacientes Bipolares previne recaída.
• Maior intervalo de Eutimia entre os episódios maníacos
• Menor duração e intensidade dos sintomas
• Melhora no funcionamento social
• Menor necessidade e duração de hospitalização

Podemos concluir que dados preliminares sobre TC para TAB são promissores mas, ensaios clínicos randomizados mais rigorosos são necessários para confirmar a eficácia da TC para TAB. Uma outra área de pesquisa deve dedicar-se à compreensão dos processos cognitivos no TAB, o que nos permitiria refinar e desenvolver intervenções únicas de TC para este transtorno, buscando avaliar a eficácia da abordagem cognitiva, tão importante quanto os medicamentos no TAB.

† *Coordenador do Ambulatório de Doenças Afetivas da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre - FFFCMPA/HMIPV–RS. Professor da Pós-graduação e Residência em Psiquiatria da FFFCMPA. Endereço para correspondência: mariojuruena@uol.com.br; fone/fax: 51-3228 7604.*

Referências:

Basco, M.; Rush, A. Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. New York: Gillford Press 1996.

Bauer, M. et al. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. J Clin Psychiatry, 59, 1998.

Clarkin, J. et al. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. Psychiatric Services, 29:531-3, 1998.

Cochran, S. Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorder. J Consult Clin Psychol, 52:873-8, 1984.

Glick, I. et al. Effectiveness in Psychiatric Care III: psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. Br J Psychiatry, 164:104-6, 1994.

Lam, D. et al. Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse preventions 6 months post therapy follow-up data. Presented at the 3rd International Bipolar Conference, Pittsburgh. 1999.

Palmer, A. et al. CBT in a group format for bipolar affective disorder. Behav Cogn Psychoter, 23:153-68, 1995.

Patelis-Siotis, I. Cognitive-behavioral therapy: applications for the management of bipolar disorder. Bipolar disorder, 3:1-10, 2001.

Zaretsky, A.; Segal, Z.; Gemar, M. Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study. Can J Psychiatry, 44:491-4, 1999.

TERAPIA COGNITIVA CONTRUTIVISTA*

Cristiano Nabuco de Abreu, Mireia Casademunt Roso & Luciane Gonzalez

Ao longo dos últimos anos, a psicoterapia e todo o vocabulário simbólico que a define vem sofrendo uma profunda alteração em seus fundamentos (Mahoney & Albert, 1996). Procurando acompanhar as evidentes transições históricas e as mudanças verificadas no campo das ciências humanas, houveram significativas alterações na prática clínica, levando consigo todas as concepções mais antigas que envolviam o conceito de mudança psicológica - um dos pontos cardinais do panorama psicoterapêutico.

Por muito tempo acreditou-se que o 'saber' (o conhecimento) era uma resultante direta da realidade ou do mundo externo que ao incidir sobre nossos sentidos - semelhante a um raio de luz que incide sobre um anteparo - criava reflexos e, quanto mais perfeitos o fossem, mais refletiriam a fonte e, portanto, mais apurado seria considerado o nosso conhecimento. Nessa concepção epistemológica 'objetivista', os significados que transitam em nossa mente são entendidos como frutos diretos das representações extraídas da realidade externa, isto é, no desenvolvimento de nossa cognição, exibimos uma natural inclinação de revelar 'internamente' os significados da existência concreta externa.

A partir dessa idéia (quase Platônica) do conhecimento, o saber se tornará cada vez mais verdadeiro na proporção direta da habilidade de uma pessoa em descobrir (se possível, ao máximo) os conceitos já existentes no mundo exterior. Um simples exemplo desta assertiva seria observado ao se indagar a alguém a respeito do significado da palavra pássaro. Rapidamente veríamos essa pessoa atribuindo valores como: voador, possuidor de penas, com um bico, alimentando-se de insetos, e etc. Portanto, silenciosamente testemunharíamos o trabalho da cognição em sua tentativa de fracionar este estímulo da realidade externa, classificando-o em conjuntos de símbolos e conceitos para que depois os mesmos possam ser organizados para estarem em correspondência máxima com o mundo 'lá de fora'. Assim, quanto mais elementos puderem ser coletados a respeito da categoria pássaro, mais completa será a descrição e, consequentemente, mais verdadeiro será o conhecimento adquirido pela pessoa - este é um pressuposto das terapias cognitivas objetivistas (ou as chamados 'modelo Beck') (Abreu & Roso, no prelo-a).

Segundo Beck & Freeman (1993) não é a situação (ou o contexto) que determina o que as pessoas sentem, mas o modo como elas interpretam (e pensam) a respeito dos fatos em uma dada situação. Nos modelos tradicionais da terapia cognitiva, ao pensamento foi atribuído um caráter determinante e, à sua disfunção, toda uma variedade de psicopatologias. Desta forma, a 'razão', dentro desta alusão, foi elevada à categoria de destaque e a precisão e graça de sua performance deu-nos a chave para o comando de uma boa saúde mental. Daí originou-se a máxima de que o "viver bem é o resultado de um pensar bem (ou corretamente)" (Mahoney, 1998).

Assim, as concepções cognitivistas objetivistas desenvolveram as mais diversificadas propostas e criaram ferramentas que se propunham a fazer um ajuste cognitivo, como por exemplo: os 'registros de pensamentos disfuncionais' (J. Beck, 1995), as técnicas de 'reestruturação cognitiva' (Beck & Freeman, 1993), o processo de 'identificação de crenças irracionais' (Ellis, 1988) e toda uma variedade de técnicas que sustentaram (e ainda sustentam) a prática da correção ou da substituição dos padrões disfuncionais de pensamento por padrões mais funcionais (logicamente falando). Portanto, tornou-se fundamental para as referências cognitivistas objetivistas que as distorções do significado não evoluam a ponto de se tornarem mal-adaptativas para o indivíduo.

Em outras palavras, se o pressuposto epistemológico é de que o 'conhecimento' é uma representação imediata do mundo exterior - desta realidade que é única, cabe ao terapeuta auxiliar o paciente no ajuste, aperfeiçoamento e na busca de padrões mais concordantes com a existência socialmente estabelecida. Desta forma, o comportamento humano normal (teoricamente falando) dependerá da capacidade da pessoa em 'compreender', correspondendo a natureza do ambiente social e físico dentro da qual ela encontra-se situada (Beck & Alford, 2000).

O modelo cognitivo objetivista parte do princípio de que as emoções são derivadas dos padrões de pensamento que, pautados nas crenças, direcionam a maneira com a qual as pessoas interpretam as situações que a estão expostos. Os eventos em si não determinam diretamente como alguém irá se sentir, mas antes, os juízos de valor associados é que provocarão uma resposta emocional específica. Assim, para que uma emoção possa ser contextualizada, o terapeuta cognitivo sempre buscará verificar qual é a avaliação racional da situação que está sendo feita sob o ponto de vista do paciente (J. Beck, 1997).

Por isso, apesar da emoção ser considerada de grande importância para o profissional, sua função é a de indicar, como um sinalizador

marinho, a presença de pensamentos e/ou crenças a ela associados. Desta forma, quando o indivíduo se depara com situações nas quais o descontrole emocional é revelado, torna-se necessário um exame mais minucioso da crença subjacente ou mesmo de algum esquema (conjunto de crenças) que esteja servindo a propósitos de desadaptação. Entende-se em um caso como este que o filtro conceitual ou mesmo a lógica pessoal esteja trabalhando de uma maneira incorreta, desprovida de lógica, e levando o paciente a um inevitável e contínuo processo de sofrimento. Daí ergue-se uma das premissas centrais cognitivistas: que a crença seja corrigida e submetida a uma (nova) e mais correta avaliação (em correspondência com a realidade). Assim, segundo J. Beck (1997), a terapia cognitiva normalmente visa abrandar a aflição emocional, corrigindo as interpretações possivelmente errôneas construídas pelo indivíduo ao longo de sua vida. A emoção, portanto, tornar-se-á disfuncional quando decorrente de pensamentos irrealistas ou absolutistas e, desta maneira, interferindo com a capacidade do paciente em pensar de forma clara e objetiva. Entende-se, sob este referencial terapeutico que uma reflexão racional e um exame mais realista dos pensamentos (e/ou crenças) disfuncionais ofereceriam condições de reparar as emoções em desalinho com a vida de cada um.

Assim como a revolução cognitiva na década de 60 alterou as bases das psicoterapias comportamentais, a chegada dos paradigmas construtivistas causou uma segunda grande revolução na história das abordagens cognitivas clássicas (Abreu & Shinohara, 1998; Mahoney, 1998).

O funcionamento cognitivo nesta nova concepção não mais se caracterizará pela simples manipulação automática de símbolos abstratos a fim de se atingir um sentido final e único, como advoga a referência cognitiva objetivista (Mahoney, 1998). Mas na posição das abordagens cognitivas construtivistas, entende-se que a mente em funcionamento não somente reflete o mundo exterior, mas o transpõe, atribuindo significados que, muitas vezes, não são originários do estímulo em si. Desta forma, a realidade interna será vista como fundamentalmente derivada de cada indivíduo e sob o ponto de vista emocional, ou seja, o mundo é construído também pelas emocções e não somente através das premissas racionais.

Como já dizia Kant a mente não é uma cera passiva por sobre a qual a experiência e a sensação escrevem sua vontade caprichosa e absoluta; nem tampouco é um mero nome abstrato para a série ou grupo de estados mentais; mas antes, é um órgão ativo que molda e coordena as sensações em idéias, um órgão que transforma a multiplicidade caótica da experiência em uma unidade ordenada de pensamento.

O conhecimento, então, diferente das referências objetivistas, será compreendido como fruto de uma organização pessoal, arquitetada e organizada por cada pessoa. Adota-se como metáfora explicativa desse funcionamento o chamado princípio da multiplicidade (ou seja, a possibilidade de múltiplas construções de sentido) e não mais o princípio da correspondência (que contempla apenas uma única construção, como utilizado pelas concepções epistemológicas objetivistas). Para que o leitor possa compreender um pouco melhor as premissas construtivistas, vale a pena que nos aprofundemos na dialética da construção de significados (Abreu & Roso, no prelo-b).

De uma maneira geral, podemos dizer que existem dois tipos globais e complexos de atribuição de sentido, que retratam a maneira pela qual nosso organismo, como um todo, organiza-se em suas trocas com o mundo. Os significados são construídos obedecendo uma via de mão-dupla, ou seja, através do processamento conceitual e do processamento vivencial. O primeiro tipo de operação é aquele percebido através de nossa razão e de nosso raciocínio lógico (cf. já descrito anteriormente a respeito da palavra 'pássaro'). Já no processamento vivencial os significados gerados em nossa consciência advêm da atividade de percepção e leitura dos conteúdos corpóreos, estando os mesmos em uma condição quase total de pré-conceitualidade e inconsciência. Neste nível, não interpretamos as situações sob o ponto de vista lógico, mas sob uma ótica emocional, ou seja, os significados que serão produzidos por um evento fundamentar-se-á nos princípios experienciais das situações. Desta forma, uma vez sentida a informação, este conteúdo será traduzido em aspectos de 'conforto ou desconforto' e à 'segurança ou ameaça' da integridade corporal. Um exemplo disso são a grande maioria das queixas ouvidas pelos profissionais; nas mais diversas situações é freqüente escutarmos queixas do tipo: "estou me sentindo sufocado(a) com tal situação", "...aquele lugar me causa um aperto no peito", "sinto que estou carregando o mundo em minhas costas..." e etc. Portanto, muitas da traduções que fazemos a respeito dos eventos provem inicialmente dos sinais corporais (também chamados de 'sensoriais') para que, posteriormente, possam vir a ser integrados e então explicados pelo nosso raciocínio analítico.

Assim, primeiramente sentimos algo para depois podermos pensar a respeito de seu conteúdo (Greenberg & Safran, 1987). Como imagem explicativa desse tipo de atividade (e oposta àquela cartesiana penso, logo existo), descreveríamos a metáfora: existo, logo penso, sugerindo implicitamente que a emoção sempre criará "problemas" para que o pensamento possa resolver. O que foi ordenado pela experiência pessoal do indivíduo torna-se verdadeiro e converte-se em um elemento soberano e determinante aos seus sentidos (mesmo que aos olhos dos outros possa parecer uma miragem). É, portanto, a partir da construção interna que os clientes atribuem os significados a realidade externa (Greenberg, 1998). "Somos prisioneiros", como afirma Guidano (1994, p. 72), "capturados na rede de nossas teorias e expectativas". Assim, tal arquitetura pessoal de significados permite que o indivíduo leve consigo não uma cópia do mundo externo, mas uma representação ou 'mapa do mundo' (que não é o mundo em si), mas desenhado a partir de sua teoria personificada de vida (Mahoney, 1998).

De maneira geral, a concepção cognitiva construtivista considera as estruturas emocionais como um dos mais fundamentais alicerces para a edificação do conhecimento humano possa acontecer. Segundo vários os autores, a emoção, em maior ou menor grau, sempre contribuirá com a formação dos significados no nosso sistema psicológico humano. Neste sentido, seria virtualmente impossível considerar as estruturas cognitivas de significado sem que se agregue, de uma maneira ou de outra, o funcionamento emocional.

Sem exceção, homens e mulheres de todas as idades, culturas, níveis de instrução e econômicos têm emoções, atentam para as emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam suas emoções e em grande medida governam suas vidas buscando certas emoções, enquanto procuram evitar outras desagradáveis (Damásio, 2000). Tal funcionamento emocional, portanto, é de central importância para a construção de significados pois envolve certas atividades do hipotálamo e da amígdala, e sua reação àquelas situações nos quais o organismo é colocado em condições de risco e de perigo (Damásio, 1994). Desta forma, quando tais circunstâncias são detectadas, certos alarmes emocionais são disparados dando origem as chamadas emoções primárias, também conhecidas por 'raiva', 'medo' e 'tristeza'. Tal mecanismo de ação "instantânea", se podemos assim dizer, habilita-nos a primeiro agir para que somente depois possamos pensar um pouco mais a respeito da condição perturbadora. Imaginem nossos ancestrais em uma floresta ouvindo um ruído estrondoso que se aproximava velozmente. É mais interessante primeiro correr para que depois, em um local mais seguro, poder pensar melhor a respeito do que foi aquila ameaça. Tais dispositivos podem também serem vistos quando estamos distraídos e uma pessoa conhecida subitamente aparece. Mesmo que saibamos que o estímulo (no caso, a pessoa) não é ameaçadora, nossa estrutura emocional reagirá instintivamente para nos proteger produzindo a reação comportamental de recuo ou distanciamento, apesar de 'sabermos' que nada de mal poderia ocorrer.

Em comparação com a cognição, a emoção é biologicamente mais antiga e entendida por um sistema de ação rápida desenhado para asseguar a manutenção da vida. Entendemos assim, no modelo teórico construtivista, que as emoções não são nem racionais e nem irracionais, mas sim 'adaptativas' por natureza, portanto, não precisando serem domesticadas. Ao longo desta explanação, uma pergunta poderá, sem dúvida, estar sendo levantada por algum leitor ao indagar a respeito das emoções negativas, pois não seriam elas ruins e prejudiciais ao indivíduo que as experiencia? A réplica a este questionamento é interessante, uma vez que quando se argumenta a respeito das emoções 'boas' e 'más' (e principalmente as más), referimo-nos muito mais ao aspecto fenomenológico (e subjetivo) de vivenciar esta emoção do que a respeito de sua funcionalidade propriamente dita. Pelo fato de experimentarmos emoções que nos produzem desprazer, isso nos cria uma perspectiva de interpretação (social e pessoal) de que as emoções negativas e intensas devem ser banidas, pois colocam em risco nossa integridade psicológica. Todavia, recentes pesquisas afirmam que as emoções *não são*, como muitas teorias psicológicas asseguraram e ainda atestam hoje, intrusas tóxicas que devem ser controladas ou eliminadas a qualquer custo, mas antes, importantes mensageiras que nos advertem e sinalizam a respeito de como nos sentimos ou de como experienciamos determinados contextos ou situações (Greenberg & Paivio, 1997). Seguindo estas mesmas premissas, não só nossos problemas afetivos nos conturbam por existência, mas a dificuldade que manifestamos em compreendê-los em sua totalidade, ou seja, não são as emoções que nos afligem, mas sim nossa dificuldade em entendê-las. Uma último pensamento a esse respeito: somos, no final das contas, o resultado de nossas emoções e de como lidamos com elas, portanto, somos aquilo que *nos sentimos* que somos.

Assim, de maneira bem genérica, diríamos que uma das metas dos modelos construtivistas é o de auxiliar os indivíduos na construção de um significado, *utilizando* as emoções como ponto de partida, desenvolvendo e encorajando uma postura de maior abertura para que estas emoções possam ser simbolizadas e, então, finalizadas em seu significado total.

A patologia, então, estaria relacionada com a incapacidade das pessoas para integrar, aceitar ou tratar de seus sentimentos e emoções como necessidades básicas que deveriam ser ouvidas e respeitadas. Disfuncional, portanto, não são as emoções, mas não se sentir *autorizado* a sentir tais conteúdos.

Concluindo, é possível observar que a principal diferença entre as duas concepções epistemológicas das terapias cognitivas (objetivistas e construtivistas) está no enfoque dada a participação dos esquemas emocionais e, por isso, de sua contribuição na história de vida e na formação do indivíduo com seus problemas particulares (sintomas e/ou queixas). É possível que psicoterapeutas cognitivos mais objetivistas tenham se identificado com algumas das idéias construtivistas. Da mesma forma que certos clínicos construtivistas possam ter reconhecido a utilidade de uma postura mais objetiva e pragmática adotada pelos cognitivistas (Abreu, 1999). Como exposto na início deste artigo, nossa intenção é a de refletir as múltiplas possibilidades da teoria e da prática de nossa rica e plural descendência cognitiva.

Assim, emprestando da concepção construtivista a idéia de que o homem constrói, através da sua história, um conhecimento pessoal sobre si mesmo e sobre o mundo, podemos afirmar que toda a concepção, todo o conhecimento e toda a compreensão de realidade serão sempre construções e interpretações feitas a partir do sujeito que as vivencia, tomando como ponto de partida sua história passada de interações que se torna, inevitavelmente, sua representação maior ou, se o leitor preferir, seu guia interno do mundo. Como diria Fernando Pessoa, "*nós fabricamos realidades*". Nesse sentido, os aspectos que venham a se mostrar divergentes ou até mesmo complementares de ambas concepções cognitivas descritas aqui, servem para que cada um de nós, autores e leitores, ampliemos a nossa própria construção de realidade e do império psicológico que aguarda ser por nós conquistado.

** Workhop apresentado no III° Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas, realizado em SP, de 26 a 28 de Julho de 2001. Cristiano Nabuco de Abreu, tel. (11) 5574-8084, e-mail: nabuco@netpoint.com.br; miréia Roso, tel. (11) 3812 8176, e-mail: mireakathmel@uol.com.br; Luciane Gonzalez: 5574-8084.*

Referências Bibliográficas

Abreu, C. N. & Shinohara, H. (1998). Cognitivismo e Construtivismo: uma Fértil Interface. In R. F. Ferreira & C. N. Abreu (Orgs.), Psicoterapia e Construtivismo. Porto Alegre: Artes Médicas.

Abreu, C. N. (1999). The Therapist as an Influent Agent at the Therapeutic Process. Constructivism in the Human Sciences. Denton: Society for Constructivism in the Human Services, Vol. 4, Número 1, 37-52

Abreu, C. N. & Roso, M. (no prelo, a). Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Um Paralelo Prático. São Paulo: Lemos Editorial.

Abreu, C. N. & Roso, M. (no prelo, b). Cognitivismo e Construtivismo. In C. N. Abreu & M. Roso (Orgs.). Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Um Paralelo Prático. São Paulo: Lemos Editorial.

Beck, A. & Freeman, A. (1993). Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, J. (1995). Cognitive Therapy: Basics and Beyond. NY: BasicBooks.

Beck, A. & Alford, B. A. (2000). O Poder Integrador da Terapia Cognitiva. Porto Alegre: ArtMed.

Damásio, A. R. (1994). O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano. Sintra: Publicações Europa-América.

Damásio, A. R. (2000). O Mistério da Consciência. SP: Companhia das Letras.

Ellis, A. (1998). El ABC de la TRE. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Orgs.), Cognición y Psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Greenberg, L. S. & Safran, J. (1987). Emotion in Psychoterapy; Affect, Cognition and the Process of Change. NY: Guilford Press.

Greenberg, L. S., Rice, L. N. e Elliott R. (1996). Facilitando el Cambio Emocional: El Proceso Terapéutico Punto por Punto. Barcelona: Paidós

Greenberg, L. & Paivio, S. C. (1997). Working with Emotions in Psychoterapy. NY: Guilford Press.

Greenberg, L. (1998). A Criação do Significado Emocional. In R. F. Ferreira e C. N. de Abreu (Orgs.), Psicoterapia e Construtivismo. Porto Alegre: Artes Médicas.

Greenberg, L. (2000). Emociones: Una Guía Interna. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Guidano, V. F. (1994). El Sí-Mismo en Processo: Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista. Barcelona: Paidós.

Mahoney, M. & Albert, C. J. (1996). Worlds of Words: The Changing Vocabulary of Psychology 1974 - 1994. Vol. 1, Constructivism in the Human Science, 3 e 4, 22-26.

Mahoney, M. J. (1998). Processos Humanos de Mudança: As Bases Científicas da Psicoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E CEFALÉIAS

A terapia cognitivo-comportamental estabelece um modelo biopsicossocial de saúde, através do qual o doente de cefaléia aprende a identificar a conexão que existe entre pensamentos, emoções, comportamento e dor crônica. Por ter características educacionais, programas de tratamento e prevenção baseados nesse modelo, têm como objetivo ensinar técnicas de convivência com a dor crônica, provendo o doente, em um primeiro momento, de toda a informação disponível sobre o que é o modelo, cefaléias, fatores desencadeantes e conseqüentes de dor, além de informação clara e objetiva sobre medicamentos preventivos. Para que se trate a cefaléia segundo esse modelo, é fundamental que exista uma equipe multidisciplinar, compreendida pelo médico, psicólogo, terapeuta físico, nutricionista e enfermagem.

Em uma segunda etapa subseqüente, estimula-se o doente a:

- criar e manter a aderência ao tratamento;
- diminuir a ingestão de medicamentos analgésicos;
- substituir comportamentos que possam desencadear crises de cefaléias por aqueles que podem preveni-las;
- controle dos desencadeantes e conseqüentes ambientais, alimentares e emocionais;
- restruturação cognitiva;
- envolvimento da família no tratamento;
- tratamento da depressão e ansiedade ligados à dor.

Por último, os programas, que tem a duração de 10 a 15 sessões, individuais ou em grupo, uma vez por semana, com 2 horas de duração, estimulam a criação de grupos de apoio, formados exclusivamente por doentes.

Deve-se deixar claro ao doente:

- que é cefaléia, por que ela é um tipo de dor crônica;
- que a dor é uma percepção que envolve aspectos cognitivos, comportamentais, afetivos e compartimentais;
- que ela envolve tratamento médico e não-medicamentoso a médio e longo prazo;
- que ela pode, desde impedir determinadas atividades, até incapacitar quando não tratada adequadamente;
- as implicações familiares, profissionais e sociais que elas acarretam.

Instrumentos de avaliação

Os seguintes instrumentos são usados para avaliar o impacto da cefaléia na vida do doente, no momento em que ele inicia o tratamento, e avaliar os dois afetos mais comumente envolvidos na cefaléia: ansiedade e depressão:

- Mini-teste do Estado Mental: avaliação das funções cognitivas. Doentes de cefaléia podem apresentar déficit de memória, atenção e diminuição da capacidade de concentração. Em razão da convivência com a dor. Esses déficits são transitórios e tendem a desaparecer assim que as crises de dor diminuem, tanto de freqüência, quanto de intensidade.
- Inventário Beck de Depressão: avaliação da flutuação da depressão. O Inventário pode ser aplicado durante os 2 primeiros meses de tratamento, uma vez por semana, no início do tratamento. Ensina-se ao doente como usar o Inventário e ele mesmo é estimulado a fazer essa avaliação em casa.
- Escalas de ansiedade: A escala Spielberger de Ansiedade estado-traço ou de Hamilton. Usa-se quaisquer dessas escalas, tanto no início como no final do tratamento, para avaliar a melhora da ansiedade.
- DSM-IV, como critério de diagnóstico.

Um terceiro momento da abordagem compreende 3 etapas:

A. Identificação dos fatores antecedentes e conseqüentes a uma crise de cefaléia.

Os antecedentes são os eventos que precedem uma crise de cefaléia. Muitos doentes ignoram, por exemplo, que alimentos, variação de tempe-

ratura, e situações de confronto com outras pessoas podem desencadear uma crise horas e mesmo um dia após terem ocorrido. Esses antecedentes, segundo LAKE (1987) incluem comportamentos, emoções, e a maneira como o doente pensa, excesso de compromissos, hábitos de sono e de alimentação irregulares, autocrítica severa, ansiedade, depressão.

Os fatores conseqüentes à crise de dor também envolvem o comportamento, emoção e pensamento: tensão muscular em resposta à dor, uso excessivo de medicação analgésica, absenteísmo, perda de dias de aula, derrotismo frente à intensidade da crise de dor.

O doente é levado a analisar os fatores antecedentes/conseqüentes, em um protocolo, por escrito. Durante as sessões iniciais, ele discute com o terapeuta alternativas mais adequadas para lidar com a situação.

Caso ilustrativo

Professora primária, 40 anos, solteira, morando com os pais, crises recorrentes de enxaqueca desde a adolescência, ingestão excessiva de analgésicos, ansiedade e depressão moderadas.

Antecedentes	**Conseqüentes**
Sobrinhos em casa correndo e fazendo bagunça	Eu já convivo com isso no meu trabalho, fiquem quietos! Não suporto vocês!
Mãe diz: Dor de cabeça não é doença! Você está com mania de solteirona!	Eu penso que seria melhor eu morar sozinha. Eu me sinto incompreendida. Minha dor aumenta.
Irmã chega e diz: Você tem razão. As criança fazem muito barulho, mas eu não tenho com quem deixá-las. Você tem que compreender que os outros também têm problemas.	Sinto-me só. Vou para o quarto escuro, chorando, tomo 2 comprimidos de analgésico. Ninguém me entende. Não vou trabalhar amanhã cedo. Mas também estou cheia da escola.
Irmã resmunga: Também você come uma caixa de chocolate de uma vez só! Qualquer um fica comdor de cabeça!	Todo o mundo implica comigo! Que vontade de falar que ela é uma gorda que não pode comer chocolate. Mas fico quieta.

Montou-se, a partir da identificação dos antecedentes/conseqüentes, um plano de tratamento que incluiu:

1. Envolvimento dos familiares no tratamento;
2. Melhora da comunicação no ambiente doméstico;
3. Incentivo à mudança de emprego, com análise dos prós e contras e estabelecimento de objetivos a curto e médio prazo;
4. Restruturação cognitiva;
5. Controle da ingestão de analgésicos;
6. Técnicas de relaxamento e meditação, e sessões de shiatsu, como incremento às técnicas de relaxamento;
7. Planejamento e inclusão gradativa de atividades físicas na rotina;
8. Orientação dietética.

B. Identificação e mudança das cognições e emoções relacionadas à cefaléia:

Nessa segunda etapa, é explicado ao doente que a crises muito severas de cefaléia desencadeiam emoções, geralmente intensas tais como ansiedade, depressão, raiva, sentimentos de culpa, desespero, frustração. Essas emoções são identificadas através de pensamentos distorcidos e automáticos, tais como: Por quê eu?"; "Ninguém me entende"; "Eu não sirvo para nada mesmo", "com essa dor sou imprestável". A díade pensamentos/emoções que acompanha a dor faz com que ela piore. Técnicas que possibilitem ao doente reformulação desses pensamentos terá reflexos sobre as emoções e podem alterar a vivência da dor, fazendo com que ela se torne suportável.

Pensamento negativo	**Emoção**	**Pensamento adequado**
Eu não agüento essa dor!	Raiva	Eu posso achar que não agüento a dor, mas convivo com ela há muito tempo.
Mas ela me distancia da família!	Abandono Solidão	Minha família tem dificuldades de relacionamento que podem resolvidas, se nos empenharmos.
Não tenho mais o que fazer para não ter enxaqueca	Desesperança Desespero Frustração	Tomando a medicação preventiva e mudando alguns hábitos, eu posso ter mais controle sobre ela.

C. Mudando os comportamentos relacionados à dor

A medida que a dor vai se instalando e as crises ficam recorrentes, doentes de cefaléia, além de gradativamente diminuírem as atividades, começam inicialmente por cortar aquelas que dão mais prazer - por exemplo - ir a um cinema, para depois começar a faltar no trabalho, escola e demais atividades consideradas obrigatórias. Como resultado, a depressão pode se acentuar, e sentimentos de baixa auto-estima e aqueles ligados à incapacidade começam a surgir.

Muitas vezes esses doentes têm frenofobia - medo de estarem ficando loucos, pois a dor, situada na cabeça, sem aparente razão, leva-os a fantasiar que " tem alguma coisa de errado comigo". A família e amigos podem acentuar essa suspeita infundada, com comentários do tipo: "Isso é psicológico! Você tinha que fazer terapia!" ou " Por causa de uma dorzinha você já se entrega? Reaja, será que você não está exagerando só para chamar a atenção?".

A família pode também incentivar o comportamento doloroso quanto à ingestão de medicamentos, ou então vê o doente como um "coitadinho, está sempre tão doente!".

Informação, estabelecimento de objetivos a curto, médio e longo prazo, contratos comportamentais, nos quais o paciente se compromete a fazer uma atividade em lugar de ficar, por exemplo, em casa, são muito úteis. A inclusão de exercícios, relaxamento, massagens específicas no tratamento, por si só, possibilitam ao doente ter maior contato com o próprio corpo e poder identificá-lo como fonte de prazer, e não só de dor.

A prática clínica, contudo, demonstra que, assim que o doente nota que a intensidade, ou na freqüência das crises diminui, fica mais propenso a substituir comportamentos de dor e mesmo incluir novos comportamentos à sua rotina.

Conclusão do estudo do caso ilustrativo

A partir da análise dos antecedentes/conseqüentes das crises de enxaqueca, M. pode pôde constatar que as dores de cabeça reforçavam sua crença de que era sempre posta de lado e rejeitada pela família, que faziam dela uma pessoa solitária e incompreendida. A partir daí, pôde identificar a raiva que acompanhava esse pensamento, os conseqüentes comportamentos de dor: fuga, isolando-se da família e ingestão excessiva de medicação analgésica. Outro padrão de comportamento era o de usar a dor para evitar um confronto com a irmã, assim situações que considerava desagradáveis, como ir trabalhar, já que não gostava da escola em que dava aulas.

Seis meses após iniciado o tratamento, M. relatou que as crises de enxaqueca haviam reduzido pela metade. Ainda estava trabalhando na mesma escola, porém mudou, do período matutino para o vespertino, horário que os sobrinhos ficavam na sua casa. Diminuiu a ingestão de chocolates, um poderoso desencadeador de enxaqueca. Os pais tinham mais respeito por ela e passaram a acreditar que a enxaqueca é uma doença. Porém ela não conseguiu alcançar o objetivo de melhorar o relacionamento com a irmã. Como atividade física, escolheu fazer um curso de dança de salão, onde formou um grupo de amigos, com quem passou a sair todos os finais de semana. Iniciou um curso de aprimoramento na área em que trabalhava e deixou de fazer uso de medicação analgésica.

Esse caso ilustra bem a importância da identificação dos antecedentes/conseqüentes a uma crise de cefaléia. Ela permite que o doente trace os objetivos que quer alcançar, de forma realista e que também se sinta ativo e participante no tratamento. A partir daí, pode-se planejar todo o

desenvolvimento das sessões, adaptando-as segundo as características individuais do doente e os objetivos do tratamento em geral.

Segundo SAPER; BARNAT (1987), a dor é um grito de socorro, um pedido desesperado de ajuda. O relato do paciente sobre a dor, segundo esses autores " inclui todos os problemas que ele tem, todas as outras dores". (...) " Um doente de dor vive em meio a uma família de dor, e somente um tratamento que englobe todos os aspectos da vida do doente que terá chances de ser bem sucedido."(p. 200).

O doente, sujeito dessa explanação, é um "Sujeito Coletivo" (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000) criado a partir de pesquisa qualitativa efetuada na Clínica de Cefaléias Alexandre Feldman, onde a autora dirigiu a Unidade de Terapia Cognitivo-Comportamental, de 1995 a 1998. Para o estabelecimento do perfil do Sujeito Coletivo, foram usados protocolos de 50 doentes de enxaqueca, atendidos e acompanhados durante 3 anos, por uma equipe multidisciplinar, composta de médico, psicóloga, equipe de enfermagem, fisioterapeuta e nutricionista. O desenvolvimento das sessões de terapia cognitivo-comportamental seguiram o modelo usado no Michigan Head-Pain and Neurological Institute, Michigan, EUA, onde a autora fez fellowship em Junho de 1995, sob a supervisão do Dr. Alvin E. Lake III, Diretor do do Serviço de Psicologia do MHNI, e da Dra. Barbaranne Branca, supervisora do Serviço de Neuropsicologia do MHNI.

Bibliografia:

FELDMAN, Alexandre: Enxaqueca - Alívio para o sofrimento. São Paulo: Editora Siciliano, 1995.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.: O discurso do sujeito coletivo. 2000. Disponível: http://www,fsp.usp.br/~flefevre..

MAIN, C.J.; SPANSWICK, C. C.: Pain Management - Na interdisciplinary approach. London: Churchill-Livingstone, 2000.

SAPER, J.R.: Help for headaches. A guide to understanding their causes and finding the best
methods of treatment. New York: Warner Books, Inc., 1983.

Angela Maria do Carmo Fernandes é psicóloga formada pela PUC (1981), com especialização em terapia cognitivo-comportamental para doentes de dor crônica, pós-graduanda da FMUSP, na cadeira de Fisiopatologia Experimental, *fellowship* no Michigan Head-Pain and Neurological Institute, Michigan, EUA, em 1995 e treino Clínico no Mind/Body Institute, da Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard, 1997.

TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL PARA HIPOCONDRIA

Mesa Redonda:
Prof. Manoel José Pereira Simão

O Transtorno hipocondríaco tem sido estudado e teorizado há muitas décadas com grande ênfase em modelos psicodinâmicos, sendo poucas as pesquisas sobre a eficácia do tratamento para a hipocondria . Recentemente, a Terapia Cognitiva-comportamental (TCC) tem contribuído para o estudo do tratamento da hipocondria - como em outros transtornos. Segundo a CID-10 a Hipocondria está inserida nos Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-48), no item Transtornos somatoformes, como Transtorno hipocondríaco ((F45.2). No DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1995) dentro do capítulo Transtornos somatoformes, na seção Hipocondria (300.7). O aspecto central é a preocupação persistente com a possibilidade de ter um ou mais Transtornos físicos sérios e progressivos com base na interpretação errônea dos próprios sintomas somáticos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou preocupação persistente com a sua aparência física. Sensações e aparências normais ou banais são muitas vezes interpretadas por um paciente como anormais e angustiantes e a atenção é usualmente focalizada em apenas um ou dois órgãos ou sistemas do corpo. Os seguintes critérios devem estar presentes: a) crença persistente na presença de pelo menos uma doença física séria causando o sintoma ou sintomas apresentados ou uma preocupação persistente com uma suposta deformidade ou desfiguramento; b) recusa persistente de aceitar a informação ou reasseguramento de vários médicos diferentes de que não há nenhuma doença ou anormalidade física causando os sintomas. A crença disfuncional não tem intensidade delirante nem esta ligada a preocupação circunscrita com a aparência. Porém, pode haver co-morbidade com o Transtorno dismórfico corporal, Dismorfofobia (não delirante), Neurose hipocondríaca e nosofobia (medo da presença de uma ou mais doenças). Deve-se diferenciar a hipocondria dos Transtornos: de somatização, de pânico e ansiedade, dos delirantes e depressivos. A preocupação deve Ter no mínimo 6 meses. Segundo a APA (1995) a prevalência da hipocondria na população geral é desconhecida, porém na prática médica a prevalência relatada situa-se entre 4% a 9%.

Comportamentalmente pacientes com hipocondria buscam reasseguramento de pessoas confiáveis, como forma de diminuir a sua ansiedade e possuem uma hiperfocalização das sensações corporais o que por sua vez ativa cognições disfuncionais. São sensíveis a estímulos externos referentes a propagandas e notícias sobre doenças, tratamentos e epidemias. Cognitivamente apresentam pensamentos automáticos relacionados a catástrofes, auto-referência, maximização e generalização. Pacientes sensíveis a ansiedade por isso estão freqüentemente associados àqueles que buscam atendimento médico não psiquiátrico em clínica geral. Somaticamente preocupam-se geralmente com funções corporais (cardíacas, gastro) e anormalidades (tosse, gânglios, tumores). Percebe-se grande desinformação quanto a classificação deste Transtorno e uma difícil aceitação de seu distúrbio por parte do paciente. É freqüente a recusa do paciente buscar ajuda psicológica, quando ouve do médico que seu problema é de "origem emocional". Devido a forte ocorrência de pacientes procurarem os cardiologistas com sintomas cardíacos, porém apresentando algum Transtorno psiquiátrico como pânico, somatoforme ou depressivo, a Terapia Cognitiva-comportamental vêm procurando ajudar os clínicos a conhecer seu diagnóstico diferencial para melhor encaminhamento destes a ajuda profissional adequada.

Na TCC o terapeuta deve trabalhar com técnicas de automonitoramento, reorganização cognitiva para identificação de pensamentos automáticos, psicoeducação para a diminuição da hiperfocalização da atenção ao sintoma e da busca de reasseguramento. Mudar o estilo cognitivo das crenças : "não posso suportar não saber se tenho algo ou não", "será tarde demais se não for ver isto", "posso morrer se não descobrir isto que eu sinto", que fazem fazem parte do aspecto cognitivo da "vulnerabilidade". Deve-se fortalecer e encorajar o paciente na diminuição do controle, na descatastrofização e na desfocalização da atenção do seu corpo à outros estímulos.

O terapeuta cognitivo deve estar a tento a presença de outros transtornos associados para buscar um foco no início do tratamento.

Speckens (1995) sugere o ensino da mudança cognitiva para os pacientes na rotina médica. Fava desenvolveu um método de ensinar o paciente a mudança do foco da atenção e conseguiu bons resultados no tratamento da hipocondria, comparado ao grupo de espera.

As queixas de dores peitorais, não cardíacas tem sido estudadas por pesquisadores que investigam sintomas e síndromes inexplicadas fisicamente (Guthrie, 2000)

A TCC, como em outros transtornos foi aplicada em pacientes com hipocondria e se mostra eficaz quando comparada a pacientes não tratados ou em terapia placebo (Speckens, 1995).

[1]Professor da UNIP - Universidade Paulista - SP; Psicólogo colaborador do Ambulatório de ansiedade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Mestrando em Neurociências e Comportamento pelo NEC - USP; pós-graduado em Psicologia e Saúde pela UNIMARCO.

Bibliografia:

APA - Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995;

Clark, D.M.; Salkovskis, P.M. Cognitive Therapy for panic and hypochondriasis. Pergamon: New York, 1998.

Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J.; Clark, D.M. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos - um guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1997;

Organização Mundial da Saúde. Classificação dos Transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993;

Speckens, A.E.M.; Van Hemert, A. M.; Spinhoven, P.; Wawton, K.; Bolk, J.H.; Rooijmans, H.G.M.; Cognitive behavioural therapy for medically unexplained phisical synptoms: a randomised controlled trial. Brit. Med. J. nov. 18; 311 (7016): 1328-32, 1995.

Warwick, H.M.C.; Salkovskis, P.M. Hipocondria. In: Scott, J.; Williams, J.M.G.; Beck, A.T. Terapia cognitiva na prática clínica: um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994;

Warwick, H.M.C e cols. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. Brit. J. of Psych., V. 169, pp. 189-195, 1996.

PÔSTERES

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA APLICADA AO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: ESTUDO DE CASO

Armando Ribeiro das Neves Neto
E-mail: armandopsico@hotmail.com
UniFMU/ Uniban - São Paulo - Brasil

Introdução: A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) vem ultimamente demonstrando sua aplicação na área de Psicologia da Saúde, através de inúmeros ensaios clínicos que buscam comparar a intervenção psicológica frente à lista de espera (nenhum tratamento), ao uso de placebo e a intervenções médicas tradicionais (medicamentos). Alguns estudos têm demonstrado o impacto da TCC nas doenças do aparelho digestivo e principalmente no controle da síndrome do intestino irritável (SII) através de técnicas, como relaxamento muscular progressivo, reestruturação cognitiva e monitorização dos sintomas.

Objetivo: Avaliar a TCC aplicada a um caso clínico de SII.

Casuística e Método: J., sexo masculino, 35 anos, profissão artista plástico, procurou psicoterapia por indicação de familiares para tratamento de SII (principalmente dor no abdômen e diarréia) diagnosticada por médico gastroenterologista a 8 anos. Atualmente toma luftal®, dicetel®, buscopan® e imosec®. Foram aplicadas as seguintes escalas: Questionário de Saúde Geral de Goldberg, Inventário Traço-Estado de Ansiedade de Spielberg, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp e Estratégias de Coping de Lazarus. As técnicas utilizadas foram: relaxamento muscular progressivo de Jacobson, reestruturação cognitiva e monitorização das situações, dos sintomas, cognições e sentimentos associados às crises.

Resultados e Conclusão: J. apresentou elevados níveis de traço-estado de ansiedade, distúrbio do sono, estresse psíquico e coping de fuga-esquiva. Estes sintomas foram monitorados durante o seguimento terapêutico e sua redução foi associada a redução das crises de SII (dor e diarréia).

Palavras-chave: terapia comportamental cognitiva; psicologia da saúde; síndrome do intestino irritável.

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA APLICADA ÀS DOENÇAS GASTRINTESTINAIS FUNCIONAIS: AVALIANDO UM CASO CLÍNICO DE FLATULÊNCIA

Armando Ribeiro das Neves Neto
E-mail: armandopsico@hotmail.com
UniFMU/ Uniban - São Paulo - Brasil

Introdução: Doenças funcionais do aparelho digestivo são condições em que não são encontradas causas físicas significantes que expliquem a origem e/ou exacerbação das queixas gastrintestinais (ex. flatulência, síndrome do intestino irritável, dispepsia funcional e vômito psicogênico). A terapia comportamental cognitiva (TCC) na área de Psicologia da Saúde tem atualmente desenvolvido estudos para o tratamento destas condições.

Objetivo: Avaliar o tratamento da flatulência através da TCC.

Casuística e Método: P., sexo masculino, 30 anos, profissão policial militar, procurou psicoterapia por indicação de reportagem na televisão para tratamento de flatulência, diagnosticada por clínico geral a 15 anos, atualmente toma Luftalâ, o qual segundo o próprio paciente não controla seus sintomas. Foram aplicadas as seguintes escalas de avaliação: SRQ-20 (Self Reporting Questionnaire) e Inventário Traço-Estado de Ansiedade de Spielberg (IDATE). As técnicas utilizadas foram: relaxamento autógeno de Schultz, reestruturação cognitiva e monitorização das situações, dos sintomas, cognições e sentimentos associados às crises.

Resultados e Conclusão: P. apresentou níveis elevados de sintomas ansiosos e escore significativo para depressão, ansiedade e problemas somáticos através do SRQ-20. Através da monitorização foi reconhecido o caráter não-assertivo do sujeito frente a pequenos grupos sociais, bem como do comportamento de evitação de situações eliciadoras de gases (reuniões em pequenos grupos e salas fechadas). O tratamento da flatulência baseado na TCC reduziu as crises de flatulência, diminuiu a ansiedade e a evitação de situações sociais e tornou o sujeito mais assertivo, aprendendo a lidar melhor com os seus sintomas intestinais.

Palavras-chave: terapia comportamental cognitiva; psicologia da saúde; doenças funcionais; flatulência.

TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA APLICADA AO TRATAMENTO DE TRANSTORNO SOMATOFORME: DISCUTINDO UM CASO CLÍNICO DE VÔMITO PSICOGÊNICO

Armando Ribeiro das Neves Neto
E-mail: armandopsico@hotmail.com
UniFMU/ Uniban - São Paulo - Brasil

Introdução: Os problemas gastrintestinais funcionais são muito freqüentes, chegando à cerca de 50% dos casos atendidos em clínicas especializadas. Não existem tratamentos medicamentosos eficazes para a cura destes problemas e o aparecimento, o curso e o tratamento podem afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Existem estudos clínicos que demonstraram a eficácia da Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) para o tratamento psicossocial destes sujeitos.

Objetivo: Discorrer sobre o diagnóstico e tratamento de um paciente com transtorno somatoforme (vômito psicogênico).

Casuística e Métodos: M., sexo feminino, 18 anos, estudante universitária, foi encaminhada para tratamento psicoterápico após 4 internações (no período de 5 meses) devido aos sintomas de dor abdominal intensa seguida de vômito. Através dos procedimentos médicos executados não foram encontrados dados clínicos e/ou laboratoriais suficientes para explicar a presença dos sintomas, sendo que na última internação foi solicitada avaliação psiquiátrica que encaminhou a paciente para tratamento psicoterápico. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário de Saúde Geral de Goldberg, Inventário Traço-Estado de Ansiedade de Spielberg e a Escala de Depressão-Ansiedade Hospitalar (HAD).

Resultados e Conclusão: M. apresentou altos índices de stress psíquico, desconfiança no próprio desempenho, problemas psicossomáticos e sintomas clínicos de ansiedade (traço-estado). O programa de tratamento da TCC para a paciente consiste: treino de respiração/ relaxamento, monitorização dos sintomas, treino em resolução de problemas e reestruturação cognitiva. Os sintomas gastrintestinais parecem estar associados a eventos vitais estressantes para a paciente.

Palavras-chave: terapia comportamental cognitiva; transtorno somatoforme; doença gastrintestinal funcional; vômito psicogênico.

DISCUTINDO O ENSINO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA NA UNIVERSIDADE BRASILEIRA: RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA

Armando Ribeiro das Neves Neto
E-mail: armandopsico@hotmail.com
UniFMU/ Uniban - São Paulo - Brasil

Introdução: A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) vem se expandindo com grande velocidade em nosso meio e importantes autores já discutiram os possíveis motivos para este fenômeno. Alguns estudiosos apontam para as características da TCC, sua preocupação com a eficácia e comparativo baixo-custo, a compreensão da técnica através de pesquisas clínicas com metodologia científica e o seu emprego em outros ambientes, como hospitais e centros de saúde. É importante ressaltar que a discussão sobre o ensino de TCC não possui o mesmo ritmo que a aplicação em clínicas e/ou instituições, criando uma dissociação entre o pensar (paradigma) e o fazer (pragmatismo).

Objetivo: Descrever e discutir os principais temas desenvolvidos na disciplina de TCC de uma universidade particular de São Paulo.

Materiais e Métodos: Revisão narrativa dos principais temas abordados no conteúdo programático da disciplina de TCC de uma universidade privada de São Paulo, correlacionando-os com dados internacionais.

Resultados e Conclusão: O curso avaliado possui 76 horas/aula de TCC.Os assuntos com maior frequência de aulas foram: disfunção sexual (16%), modelos clínicos de TCC (11%), conceito de TCC (5%), análise funcional (5%) e outros (30%). Os autores que integraram a bibliografia básica utilizada foram: Judith Beck (Terapia Cognitiva: teoria e prática, 1997), Vicente Caballo (Manual de Técnicas e Modificação do Comportamento, 1999), Bernard Rangé (Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, vols. 1 e 2, 1995) e Joan Zaro (Introdução à prática psicoterapêutica, 1980). A partir dos resultados encontrados, questiona-se a frequência de alguns assuntos ministrados (ex. disfunção sexual) e a necessidade de ampliar os temas com relevância social/científica para preparar o profissional para a pesquisa (conceitualmente) e para a prática (utilização das técnicas).

Palavras-chave: terapia comportamental cognitiva; ensino; universidade.

A DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OS PREJUÍZOS COGNITIVOS

Margareth da Silva Oliveira*, Ronaldo Laranjeira, Antônio Jaeger***, Daniela Di Giorgio Schneider****, Ilana Andretta *******
Doutora em Ciências da Saúde* Doutor em Psiquiatria** Mestrando em Psicologia Clínica - PUCRS*** Psicóloga Auxiliar do Grupo de Pesquisa -PUCRS**** Bolsista de Iniciação Científica -PUCRS*****

O presente trabalho objetiva verificar se há alterações na área de percepção visual e na memória imediata, em 152 sujeitos masculinos, com o diagnóstico de Alcoolismo. Para a avaliação neurocognitiva foi utilizado o teste Figuras Complexas de Rey, aplicado em dois momentos, com um intervalo de três meses entre os mesmos. Aplicou-se uma única vez o SADD, objetivando avaliar a gravidade da dependência do álcool. Os resultados encontrados no teste Figuras Complexas de Rey, no que tange à variável memória, foram significativos (p=0,0001). Os resultados obtidos no SADD mostram que 72% dos sujeitos apresentaram dependência grave e 28% moderada. Dentre os graves, na variável memória, houveram diferenças significativas (p=0,0001). No que tange à manutenção da abstinência, 66,3% dos sujeitos mantiveram-se abstinentes, e 33,7% recaíram. Nos abstinentes, encontraram-se resultados significativos em relação às duas variáveis, cópia e memória. Aqueles que não mantiveram-se abstinentes, apresentaram melhoras quanto à variável memória (p=0,025).

Palavras-chave: Dependência do álcool- Abstinência- Grau de dependência- Memória Imediata.

ANÁLISE DE UM COMPORTAMENTO DE EVITAÇÃO

Patricia Leite de Paula Santos; Rosa Maria Galvão Furtado
Universidade Presbiteriana Mackenzie: Faculdade de Psicologia.

Palavras chave: Evitação, ansiedade, punição

O presente trabalho teve como objetivo fazer uma avaliação comportamental da queixa trazida por um colaborador-cliente do sexo masculino, jovem universitário de 22 anos, que afirmava exibir um comportamento denominado por ele como "preguiçoso". Utilizando suas palavras para descrever seu comportamento, não se esforçava diante de situações que exigissem suor, imobilizando-se diante de qualquer dificuldade. Procurou-se entender a instalação e manutenção de tal comportamento no repertório do mesmo, bem como identificar-se as contingências envolvidas. Os dados foram colhidos por uma aluna da 4a etapa do curso de Psicologia, denominada aluna-contato. O trabalho foi realizado em uma sala do núcleo de Psicologia, utilizando-se para registro dos dados um gravador. O discurso do colaborador foi colhido em 4 entrevistas semi-dirigidas, de aproximadamente 45 minutos cada uma. Durante a infância e adolescência o colaborador esforçou-se por reforçar positivamente os pais, tentando oferecer-lhes o que esperavam dele. Entretanto o fato dos pais não serem sensíveis a seus esforços, fez com que a freqüência de tais comportamentos diminuíssem, aumentando progressivamente a freqüência de comportamentos que geravam atenção dos genitores, tais como não estudar, mostrar-se desinteressado, etc. O reforçamento diferencial para tais comportamentos acabou por instalá-los. Ficou constatado que os pais reforçavam atitudes de baixa produtividade, incentivando mudanças de ambiente quando o desempenho do filho não correspondia às expectativas do meio social. Na infância, o pai era percebido como reforço positivo para o colaborador e seu comportamento como algo a ser reproduzido A mãe, extremamente controladora, era ainda mais admirada. Posteriormente o filho percebeu que aproximar-se do pai podia gerar punição materna. Aos poucos acabou discriminando os comportamentos do pai, que funcionavam como estímulos aversivos para a mãe. Aproximar-se da mãe eqüivalia a afastar-se do pai. Tal padrão de comportamento à situações aversivas, caracterizado ora por comportamentos de fuga, ora de esquiva, tornaram-se profundamente arraigados no repertório do colaborador, reaparecendo na vida adulta em seus relacionamentos afetivos. Todo o seu discurso é permeado por mudanças de assunto, dificuldades para terminar frases de conteúdo aversivo. Concluiu-se que diante de situações ameaçadoras, o colaborador acaba percebendo na imobilidade ou no afastamento uma forma de manter-se distante de estímulos aversivos, sendo reforçado negativamente. Esse mecanismo seria responsável pelo fato do cliente descrever-se como preguiçoso, não terminando as coisas que começa, explicando-se assim o comportamento queixa. Este colaborador preenche as diretrizes diagnosticas para transtorno evitativo de personalidade ansiosa do CID 10. Entretanto, não acreditamos em um transtorno totalmente instalado e o prognóstico de evolução com terapia é favorável.

patricialeite@originet.com.br

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NA BULIMIA NERVOSA

Daniel, B.S., Guimarães
Ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Objetivos: Apresentar dados preliminares relativos à avaliação da efetividade do tratamento de pacientes atendidas em um serviço público especializado e multiprofissional para tratamento ambulatorial da bulimia nervosa efetuado entre os anos de 1999 e 2001.

Metodologia: Entrevistou-se 45 pacientes submetidas a assistência médica e nutricional pela equipe do AMBULIM (15 delas fizeram psicoterapia de grupo de base analítica, 15 grupo cognitivo-comportamental e 15 controles). Todas realizaram o programa ambulatorial de 12 semanas desenvolvido por Cordás (1995). Registaram-se seus resultados em escalas como Questionário de Identificação do AMBULIM, BITE, BSQ, EAT-26 e CGI. Realizaram avaliação da satisfação com o tratamento, um questionário semi-estruturado (o QST-II).

Resultados e Conclusões: Serão apresentadas as diferenças em relação aos resultados das pacientes que pontuaram acima dos escores de corte das escalas para bulimia nervosa (BITE, BSQ, EAT-26) nos grupos e os dados principais das entrevistas, correlacionando prognóstico, abandono de tratamento e satisfação com o tratamento em pacientes com bulimia nervosa.

Rua Ovídio Pires de Campos, s/n - Cerqueira César - CEP 05403-010 - São Paulo SP

Fone 3816-1183 - e-mail: danielboleira@uol.com.br

STRESS INFANTIL: PRINCIPAIS SINTOMAS EM PRÉ-ESCOLARES

Tricoli, V.A.C. - Puccamp, Gonçalves, D.C.A. - Cetepea, afonso, Jr. - Cetepea, Lipp, M.E.N. - Puccamp
O presente trabalho foi realizado em municípios do interior de São Paulo.

Resumo

Vem sendo observado um aumento significativo de stress entre as crianças desde a mais tenra idade.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o stress em crianças na fase pré-escolar, bem como identificar os principais sintomas nessa fase de desenvolvimento.

Os participantes foram 216 crianças de ambos os sexos, com seis anos de idade, estudantes da rede municipal de ensino de cidades do interior de São Paulo.

O material utilizado para a avaliação das crianças foi o ESI (Escala de Stress Infantil), já validada.

O procedimento utilizado seguiu o manual de instruções da referida escala para aplicação grupal. Optou-se pela presença da professora de cada uma das classes avaliadas, além de mais dois psicólogos que aplicaram a pesquisa, afim de que a atenção e explicação necessária pudesse ser fornecida.

Os resultados obtidos foram: 63,8 % das crianças avaliadas apresentaram nível significativo de stress. A predominância de sintomas foi na área psicológica (49,30 %). Dentre estes, nas crianças com stress, os mais encontrados foram: "Eu me sinto triste" ; "Tenho dificuldade para dormir" ; "Fico preocupado com coisas ruins que possam acontecer".

Assim sendo, a conclusão foi que com seis anos as crianças já apresentam stress significativo com a presença de sintomas psicológicos, o que sugere a necessidade de trabalhos com faixas etárias anteriores a desse estudo, afim de viabilizar a elaboração de programas de prevenção do stress infantil.

EFEITOS DO TREINO DE CONTROLE DO STRESS ESPECÍFICO EM MULHERES

Chefes de familia- t.c.s.m.c.f. -
Maria do Sacramento Tanganelli
Orientadora: Marilda Lipp - Puc-Campinas

O trabalho, parte da tese de doutorado da autora, apresenta o resultado da ação de um treino de controle do stress em um grupo de mulheres na condição de chefe de família. O treino elaborado de acordo com as necessidades especificas das participantes, foi baseado no Treino de Controle de Stress de Lipp (1984); na Terapia Racional Emotiva de Ellis (1973); engloba técnicas e procedimentos cognitivo - comportamentais e constou de 12 sessões. Objetiva a redução dos níveis de stress através do aprendizado de estratégias de enfrentamento. A analise funcional das fontes internas e externas de stress identificadas pelos sujeitos e a avaliação criteriosa dos seus níveis de stress antes e após a aplicação do treino, está relacionada a eficácia do tratamento. O conteúdo leva as participantes a entender conceitos de stress, reconhecimento e magnitude dos estressores, desenvolvimento de estratégias para lidar com os estressores, orientação quanto ao uso de relaxamento, exercício físico, alimentação e reestruturação cognitiva. Para a realização do treino foram formados dois grupos nomeados GCS n=10 (grupo que recebeu o treino de controle do stress) e GPT n=10 (grupo que não recebeu o treino e que sofreu a ação da simples passagem do tempo).A descrição e comparação dos dados biográficos e psicológicos antes da realização do TCSMCF e da pura passagem do tempo revelaram que eles apresentavam uma homogeneidade em relação a variável stress no que se refere a níveis, tipo e magnitude dos sintomas. A avaliação intra - grupo realizada após o TCSMCF e da Pura passagem do tempo através do teste wilcoxon para amostras pareadas, indicou que a evolução natural da passagem do tempo no GPT não proporcionou que o stress declinasse para valores não significativos (W= 2,700 e p=0,19). Porém no GCS a analise estatística apontou que as mudanças nos níveis de stress foram muito significativas (W=55000 e p = 0,002). Os dados da comparação entre os grupos após o T.C.S.M.C.F (GCS) e da pura passagem do tempo (GPT) foram obtidos através da análise estatística de Man- Whitney para amostras independentes observando-se que os grupos apresentaram diferença bastante significativa entre eles (U= 10.000 e p= 0,001). As avaliações favorecem a interpretação de que a intervenção terapêutica do TCSMCF promoveu a diferença entre os dois grupos.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UM QUESTIONÁRIO PARA PROFESSORES DESTINADO À AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR

Carvalho, A. L. N. e Schmidt, S. L. - UERJ
- Laboratório de Avaliação Neurocomportamental, Boulevard 28 de Setembro 87, Neurofisiologia PAPC - 5 andar - Vila Isabel - RJ - 20551030 - (21) 587-6498 e-mail: schmidt@uerj.br

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma desordem psiquiátrica com alta prevalência, especialmente em crianças. É caracterizada por padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade os quais levam a graves prejuízos à vida social, profissional e acadêmica. Estudos indicam que adultos com TDAH, quando comparados com a população em geral, apresentam mudanças mais constantes de emprego, menor estatus sócio-econômico, problemas conjugais e maior envolvimento em acidentes de trânsito. O diagnóstico para esta desordem é elaborado através da avaliação dos níveis de hiperatividade, impulsividade e desatenção, considerando o grau de prejuízo decorrente destas alterações. O uso de procedimentos estruturados, como as escalas de avaliação comportamental, é essencial para a realização deste diagnóstico. Pesquisas destinadas à elaboração de instrumentos considerando dados da população de nosso país são, portanto, necessárias para melhoria do diagnóstico. Neste trabalho, avaliamos as propriedades psicométricas de uma nova escala, desenvolvida em nosso meio, para os sintomas do TDAH. Professores do ensino fundamental, de escolas públicas e particulares do Estado do Rio de Janeiro, responderam ao questionário de avaliação comportamental de 269 alunos (idade entre 5 e 18 anos) que participaram da pesquisa. O questionário consta de 58 questões divididas em três grandes grupos: comportamento em sala de aula, participação em grupo e atitude em relação à autoridade. Estas questões são graduadas em 0 (indivíduo nunca ou raramente apresenta o comportamento), 1 (indivíduo algumas vezes apresenta o comportamento) e 2 (indivíduo frequentemente apresenta o comportamento). Foram realizadas análises fatoriais (VARIMAX, ? > 1) e avaliações de consistência interna (a). O questionário apresentou consistência interna altamente significativa ($a > 0,85$; $P < 0,05$) e pôde ser reduzido a 4 fatores com clara interpretação psicológica. A análise fatorial demonstrou validade de construção. Concluímos que, além de apresentar validade e elevada consistência interna, o questionário pode ser reduzido a um número menor de questões. Tal achado facilitará a aplicação clínica deste instrumento válido e fidedigno para avaliação dos casos suspeitos de TDAH.

ARTE TERAPIA: UM RECURSO PARA O PACIENTE COM LESÃO CEREBRAL

Maria Inês Rímoli, Angêla de Sousa, Carmen Lúcia Albuquerque de Santana
Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD)

INTRODUÇÃO:

A arte se constrói através dos sentimentos e do intelecto. Quando o cérebro está lesado os desenhos refletirão esta alteração.

O cérebro funciona como um sistema partes sadias tentam compensar partes lesadas embora exista localização das habilidades.

O hemisfério esquerdo é responsável pela linguagem verbal e raciocínio lógico, enquanto o hemisfério direito é responsável pela consciência não verbal, a maioria dos aspectos emocionais e a percepção visuo-espacial

OBJETIVO

- Investigar a arte terapia para os pacientes lesados cerebrais.
- Relacionar a lesão dos hemisférios com os desenhos.

METODOLOGIA:

Durante 11,6 meses, avaliou-se 16 portadores de Acidente Vascular cerebral (A.V.C.) e 14 portadores de Traumatismo Craniano Encefálico (T.C.E.).Comparou-se:

- Desenhos de pacientes portadores de AVC com desenhos de pacientes portadores de TCE
- Desenhos de pacientes portadores de A.V.C. Direito com pacientes portadores de A.V.C. Esquerdo

Critérios de avaliação: perseveração, assimetria, rotação, gestalt, traço, detalhe tamanho da figura, uso do espaço.

RESULTADOS:

- A arte terapia foi viável para os pacientes estudados
- Os pacientes portadores de AVCD tem mais alterações nas percepções visuo-espaciais, e, os pacientes portadores de AVCE tem mais alterações nas habilidades construtivas

CONCLUSÃO:

O desempenho global melhorou usando-se a arte terapia como técnica terapêutica e de reabilitação.

IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E MODIFICAÇÃO DE CRENÇAS E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS EM JOVEM COM DISTÚRBIO DE ANSIEDADE E COMPORTAMENTOS DEPENDENTES

COSTA, T. P. G, SOUZA, M. T. e FURTADO, P. C.

Resumo

Título: Identificação, Avaliação e Modificação de Crenças e Pensamentos Automáticos em Jovem com Distúrbio de Ansiedade e Comportamentos Dependentes. **Autores:** COSTA, T. P. G, SOUZA, M. T. e FURTADO, P. C. **Local de realização do trabalho:** Clínica Multiprofissional de Psicologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. O presente estudo teve como objetivo tratar do caso de K. M. O. P. sexo feminino, 20 anos, 2º grau incompleto e filha de pais separados. Apresenta dificuldades de socialização, gagueira relacionada à ansiedade e dependência. Foi trabalhados suas crenças e pensamentos automáticos. Crenças no sentido que a paciente dizia que sua vida não tinha solução e dependendo sempre de um outro para resolver seus problemas e pensamentos automáticos quando reforça sua crença dizendo que sua vida é complicada. O ponto mais trabalhado em toda terapia foi à tomada de decisão, onde terapeuta e paciente analisaram juntos as vantagens e desvantagens de uma situação. Durante as sessões a paciente foi tomando conhecimento de suas crenças e pensamentos automáticos, passando a enxergar que seus problemas não eram só por conta da gagueira e a partir daí começou a procurar atividades para fazer, saindo do ambiente familiar e chegando a arrumar um emprego por conta própria, sem precisar de um outro para falar por ela. Com isso sua ansiedade foi diminuindo e conseqüentemente sua gagueira, que no último dia de sessão já não estava tão presente. As sessões duravam em torno de 50 - 70 minutos, num total de quinze sessões, com supervisão semanalmente de aproximadamente 45 minutos.

Tel.: res.: (16) 624.8372 e 636.6111 Tel. com.: (16) 603.7000 (departamento de psicologia - Unaerp) e-mail: mituta@hotmail.com

Endereço: Victor Rebouças, 296 - Jd. Macedo

Cep: 14091030 - Cidade: Ribeirão Preto - Estado: SP

INFLUÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE NA APRENDIZAGEM

Maria Margarida de O. Fonseca
Supervisão: Divina Ferreira Borges

Transtorno de personalidade provavelmente constitui uma das mais marcantes representações do conceito de "esquema" de BECK (1964) e FREEMAN (1990). Aprendizagem escolar pode ser definida como a absorção de conteúdos que geram a transformação nos aspectos cognitivo, psicossocial e afetivo dos indivíduos envolvidos no processo ensino-aprendizagem. O objetivo de nossa pesquisa foi analisar como os transtornos de personalidade influenciam na aprendizagem. Formulou-se a hipótese de que os transtornos de personalidade estão presentes em indivíduos com histórico de fracasso escolar. Os dados foram levantados mediante questionário e entrevista com 111 estudantes de ambos os sexos de 5º à 8º Série do Ensino Fundamental, na faixa etária de 11 a 27, de nível sócio-econômico médio-baixo e analisados de forma descritiva. Dos 55 indivíduos do Grupo A entrevistados, 69,09% (38) apresentaram três ou mais critérios dos selecionados do DSM - III usados por BECK e FREEMAN (1993) para cada transtorno do Eixo II e 39,90% (17) responderam algumas vezes de três a dez transtornos do formulário de coleta de dados (QTA), parecendo nos informar a existência de alguns esquemas. Dos 56 indivíduos do Grupo B, apenas 0,18% (01) apresentou um único transtorno (TO-CP) mostrando a relação inversa entre os transtornos de personalidade e a aprendizagem escolar. Relacionando os transtornos e o nível de escolaridade, constatou-se que o maior índice dos indivíduos do Grupo A, ocorreu na 5º Série (78,97%), seguindo a 6º Série (62,50%) e por último a 7º Série (42,85%), sugerindo que indivíduos com maior maturação, assimilação e acomodação de informações de seu meio, parecem ter maior probabilidade de fazer escolhas adequadas e tomar decisões, bem como reestruturar os esquemas cognitivos, afetivos, motivacionais, de ação e de controle de sua personalidade para se adaptarem melhor ao seu meio escolar e terem vida mais saudável e plena. Neste grupo, todos os transtornos de personalidade foram encontrados, sendo que o TA-SP apresentou menor freqüência (01) e o TDP chegou a vinte e dois (22) casos e o TO-CP a vinte (20), sugerindo um perfil cognitivo de indivíduos que se percebem como indefesos, incompetentes, fracos, carentes que tentam vincular a alguma figura forte que lhes ofereçam recursos para sua sobrevivência e felicidade bem como sujeitos responsáveis por si mesmos e pelos outros, indivíduos conduzidos pelo "deve" e com uma imagem nuclear de si mesmos como incapazes e indefesos e com medo, preocupação de ficar assoberbado e incapazes de funcionar. Dos 56 indivíduos do Grupo B, 0,18% (01) apresentou o transtorno do tipo TO-CP, sugerindo relação inseparável da vida afetiva e cognitiva porque qualquer permuta indivíduo x meio supõe estruturação (cognição) e valorização (afetividade). Os resultados mostraram a prevalência de transtorno de personalidade num índice de 69,09% no grupo de alunos com histórico de fracasso escolar com predominância na faixa etária de 13 a 15 anos e na 5ª Série do Ensino Fundamental. A partir dos dados, verificou-se a necessidade de uma sensibilização da equipe escolar para a importância do conhecimento de seus alunos, maior interação família/escola e o encaminhamento à psicoterapia onde a abordagem cognitiva-comportamental parece ser segura indicação na reestruturação cognitiva dos indivíduos com esquemas desenvolvidos precocemente (EDP) tanto para seu equilíbrio emocional - afetivo quanto na aprendizagem escolar e na arte de inter-relacionar-se.

Telefone Res. (62) 241-6359 – Tel. Com. (62) 214-3108
Endereço: Rua 140, 89
CEP: 74.170-060 – Cidade: Goiânia - Estado: Goiás

HIV/AIDS, METÁFORAS & DIMENSÃO TRANSCENDENTAL

José Baus e Erika Márcia Lins Girald
Universidade Federal de Santa Catarina

Objetivo: Identificar no relato (história de vida) de um soropositivo HIV/AIDS, métaforas relativas às condições de soropositividade e de dependência química.

Método: através de uma abordagem qualitativa, utilizando-se a técnica da condensação de significados (Giorgi, 1975), analisou-se a narrativa de um soropositivo HIV/AIDS, com história longa de dependência química, identificando-se as metáforas relativas às duas condições (soropositividade e dependência química).

Resultados: destacaram-se as metáforas: 1) adicção como escravidão (perda de controle sobre o uso de drogas); 2) adicção como cegueira espiritual (defeitos de caráter impedindo a dimensão transcendental); 3) recuperação da dependência química como purificação (eliminação dos defeitos de caráter e aquisição de virtudes); 4) adicção como um desvio na trajetória em direção ao transcendental, cuja rota pode ser reassumida com a intervenção de um Poder Superior; 5) dobrar-se perante um Poder Superior como condição para a recuperação; 6) dependência química como existência numa prisão e a recuperação como a fuga dessa prisão, em busca da luz (o transcendental); 7) a soropositividade como a abertura da porta da prisão (drogas) e o encontro com a liberdade; 8) HIV/AIDS como sinônimo de Vida e Liberdade em oposição aos estereótipos de Morte e Reclusão.

Conclusão: as metáforas sobre dependência e recuperação mostraram-se congruentes com o discurso dos Doze Passos (Alcoólicos Anônimos). A metáfora da soropositividade como sinônimo de vida e renascimento se destaca no processo de enfrentamento da própria fragilidade diante da dependência química e da soropositividade. Predomina, neste caso, o discurso de "conversão" (Crossley, 1999).

GRUPOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM OBESIDADE INFANTIL*

Renato M. Caminha (Psicologia), Maria Lúcia R. Lopes (Nutrição)***, Denise Krauspenhar****, Simone Steyer Lampert**** e Luísa F. Habigzang******
* Trabalho desenvolvido no PIPAS/UNISINOS, Programa Interdisciplinar de Promoção e Atenção à Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil.

A obesidade está sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública, pela Organização Mundial da Saúde, para o século que se inicia. O problema tem afetado cada vez mais as crianças, trazendo-lhes, em muitos casos, conseqüências fisiológicas irreversíveis, além dos severos prejuízos cognitivo-comportamentais.

A presente intervenção está baseada no modelo psicoeducativo de intervenção cognitivo-comportamental em grupo, modelo que paralelamente, acompanha o grupo de pais ou familiares referenciais à criança.

Os objetivos são traçados dentro de um número limitado de sessões, com controle empírico, visando alteração em repertório cognitivo-comportamental da criança e de sua família no que tange aos hábitos alimentares.

O procedimento terapêutico é avaliado dentro dos critérios qualitativos e quantitativos aceitos internacionalmente nos modelos de transtornos alimentares, variando das avaliações via monitoramento até as medidas antropométricas aceitas para a idade das crianças em questão.

*** Psicólogo*
**** Nutricionista*
***** Estagiários de Psicologia*

OS COMPONENTES COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS DA ASSERTIVIDADE, EMPATIA E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Ana Lúcia Braga Pedrozo, Eliane Mary de Oliveira Falcone, Katia Cilene Rodrigues Silva, Livia de Matos Chicayban, Maria das Graças Soares de Oliveira, Rachel Shimba Carneiro e Raphael Fischer Peçanha.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Brasil

O presente estudo tem por objetivo especificar os componentes cognitivos e comportamentais das habilidades empática, assertiva e de solução de problemas. A habilidade assertiva refere-se à capacidade de defender os próprios direitos e de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma honesta, direta e apropriada, sem violar os direitos dos outros; a habilidade empática pode ser definida como a capacidade de colocar-se no lugar de uma outra pessoa e, assim, compreender sua experiência a partir de seu ponto de referência e a habilidade de solução de problemas pode ser definida como um processo que auxilia na busca da obtenção do que se precisa e deseja, como também a obtê-lo da maneira mais efetiva. Uma revisão da literatura revelou que o componente cognitivo relacionado à assertividade corresponde à autoconsciência, compreendida como o reconhecimento e a organização dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos diante de uma determinada situação. O componente cognitivo necessário para a manifestação da empatia corresponde à consciência do outro, que requer a capacidade de identificar, de forma acurada, os desejos, sentimentos e expectativas da outra pessoa, incluindo habilidades de prestar atenção e ouvir sem julgamentos. Os componentes cognitivos relacionados à habilidade de solução de problemas correspondem à autoconsciência e à consciência do outro. Os comportamentos característicos das habilidades assertiva, empática e de solução de problemas referem-se a aspectos diretamente observáveis, ou seja, às comunicações não verbal e verbal. O comportamento assertivo inclui verbalizações tais como: "Penso"; "Sinto"; "Quero"; "Como podemos resolver isso?"; "O que você acha?", além de manifestações não verbais tais como manter contato ocular, fala firme, tom de voz adequado etc. A função da verbalização empática é fazer declarações que demonstrem entendimento das necessidades, sentimentos e pensamentos da outra pessoa. Esse entendimento também é expresso de forma não verbal, tal como fazer acenos e vocalizações, manter uma postura aberta, manter contato ocular etc. O componente comportamental da habilidade de solução de problemas é importante em contextos que envolvem conflitos interpessoais, principalmente em situações nas quais se deseja pedir a alguém para mudar um comportamento indesejável. Sugere-se que os programas de treinamento em habilidades sociais devem combinar as habilidades empática, assertiva e de solução de problemas.

OS ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS E O TRATAMENTO DO ALCOOLISMO

Margareth da Silva Oliveira*, Ronaldo Laranjeira, Renata Brasil Araujo***, Daniela Di Giorgio Schneider****Rafael Camilo *******

RESUMO: A presente pesquisa foi realizada com indivíduos que possuem o diagnóstico de dependência do álcool. Objetiva identificar os estágios motivacionais de pacientes internados em unidades especializadas, tendo como fundamentação, o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente que hierarquiza o processo de mudança em estágios denominados: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Também pretende verificar se há diferenças nos níveis de motivação deste grupo de acordo com os graus de dependência neles avaliados. A amostra foi composta por 150 sujeitos, do sexo masculino, grau de dependência entre moderado e grave, sendo excluídos da amostra àqueles com comorbidades psiquiátricas graves. Os instrumentos utilizados foram o SADD para identificar a gravidade da dependência e a Escala URICA para avaliar a prontidão para a mudança. Os resultados demonstraram que há uma correlação significativa entre o grau de dependência grave destes sujeitos (SADD) e maiores escores no Estágio de Manutenção (p=0,040) da Escala URICA. Discute-se, nos resultados, a importância da aplicação da URICA para um melhor delineamento das técnicas a serem adotadas durante o processo terapêutico.

Palavras-chave: Dependência do álcool- Estágios Motivacionais- Grau de dependência- Escalas.

Key-words: Alcohol Dependence - Motivational Stages - Dependence Level - Scales.

* *Doutora em Ciências da Saúde - Faculdade de Psicologia - PUCRS*
** *Doutor em Psiquiatria - Faculdade de Psicologia - PUCRS*
*** *Mestranda em Psicologia Clínica - Faculdade de Psicologia - PUCRS*
**** *Psicóloga Auxiliar do Grupo de Pesquisa - Faculdade de Psicologia - PUCRS*
***** *Auxiliar de Pesquisa - Faculdade de Psicologia - PUCRS.*

PLANTÃO PSICOLÓGICO

Hipólito Carretoni Filho*
Trabalho realizado na Clínica de Psicologia do Instituto de Psicologia da PUC-Campinas.SP.

Resumo

O plantão se constitui em uma alternativa de Serviço Psicológico de Pronto Atendimento oferecido á comunidade. É também uma oportunidade de aprendizado e amadurecimento para o estagiário.

Em um momento de crise, de angustia, numa emergência, a pessoa tem a possibilidade de encontrar um espaço em que possa ser "acolhida" e reorganizar, cognitivamente, sua vivência diante do problema que o mobiliza.

Características

Acontece na Clinica-Escola da PUC-Campinas;

Diversidade de horários de atendimento

Duas abordagens: Comportamental Cognitivista e Centrada no cliente;

O plantonista deve dispor de pelo menos duas horas semanais;

A duração de cada atendimento é variável;

Um único encontro com a possibilidade de um retorno.

1- O Plantão é um atendimento emergencial que tem o objetivo de "acolher", orientar e se necessário encaminhar. Para o cliente, é um alivio, para o profissional, uma nova experiência; para o estagiário uma nova aprendizagem. O Plantão é uma prática que traz grande conhecimento - você encontra várias pessoas, várias problemáticas, possibilitando ao aprendiz o exercício de diagnóstico rápido e intervenção significativa no "**aqui-agora**".

2- Plantão é uma oportunidade para quem atende e para quem é atendido. Para quem atende é mais um espaço para desenvolver o seu papel profissional, saindo daquele contexto de atendimento "padrão". Aprendemos a ser flexíveis, não formamos uma figura estática do "cliente". Para quem é atendido é uma opção de poder ser ouvido sem burocracia. Ele chega na Clínica e imediatamente alguém pode acolhe-lo.

3- Participar do atendimento no Plantão é fascinante e desafiador. Você está em contato com suas limitações, mas à vontade de fazer um bom atendimento faz com que você aprenda a confiar em suas capacidades. As situações que surgem são muito variadas e com cada uma se aprende alguma coisa.

Bibliografia:

- Range, Bernard (1995) - Psicoterapia Comportamental e Cognitiva.- Pesquisas, Práticas, Aplicações e Problemas. - Editora Psy II.
- Reineck, Mark,& Datilio,Frank (1999) - Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescente- Editora Artes Médicas.
- Carretoni, Hipólito & Prebianchi, Helena. (1999) - Exame Clínico Psicológico (Anamnese) -. Edit.Casa do Psicólogo.

[1,2 E 3] depoimento dos plantonistas/estagiários (aprimorandos e alunos do quinto ano de Psicologia).

* Professor Supervisor, Mestre da PUC-Campinas.

** (anexo exemplo de atendimento)

(**)

Data: 17/04/01

Horário do Plantão: 9:00 - 11:00 hs

Horário do atendimento: 10:00 hs

Paciente: G

Idade: 29 anos

Escolaridade: 2ª grau completo

Queixa: o paciente relata as dificuldades que está encontrando para arrumar um emprego melhor. Diz que atualmente está trabalhando com cartazes de publicidade, mas que não é um trabalho fixo. G fala que tem um projeto, mas para executá-lo precisa ganhar um pouco mais. A queixa refere-se as avaliações dos psicólogos, G diz que já foi reprovado em alguns exames de empresas por psicólogo e que agora foi tirar carta de habilitação e foi reprovado no exame psicotécnico, disse que ficou muito aborrecido porque vai ter que pagar novamente este exame. G foi perguntar para a psicóloga porque ele foi reprovado e esta disse que foi porque G é uma pessoa muito emocionada, O paciente demonstra muita força de vontade de trabalhar para poder realizar seu projeto, diz que as pessoas a onde ele mora (favela) não o compreende, dizem que G é arrogante e falam para ele parar de sonhar e ir para o lixão. G fala que gostaria de falar com um psicólogo para entender porque não consegue passar no exame psicotécnico.

Família: o paciente mora sozinho, diz que não mora com sua família porque eles também não o compreendem, disse que tinha urna namorada e que esta compreendia ele, mas depois ela terminou dele porque arrumou um outro namorado com melhores condições e G achou que ela tinha razão de procurar coisas melhores e compreendeu o fim do namoro.

Psicóloga: além do acolhimento foi esclarecido para G a respeito do exame psicotécnico, dizendo que com relação a isso ele teria novamente que passar pela psicóloga. Também foi falado do funcionamento da Clínica de Psicologia, do processo terapêutico e foi perguntado se G gostaria de fazer um tratamento psicológico. G demonstrou bastante interesse e disse que gostaria de compreender porque nunca passa nos exames psicológicos e disse que se para isso for necessário que ele venha na clinica toda semana ele virá. A psicóloga perguntou se G gostaria de retornar a clínica para conversar novamente com ela, assim teria um encaminhamento mais adequado para sua necessidade. G concordou.

Retorno: Ao retornar a Clínica (dia 24/04/01) G estava muito abatido, disse estar como uma gripe muito forte. G contou que passou o final de semana estudando para uma prova. Disse também que a prova não foi difícil, mas que no dia seguinte quando ligou para ver se havia passado disseram a ele que foi reprovado Nesse momento G chorou muito, ficou envergonhado por estar chorando dizendo que não estava chorando só estava com muita raiva A psicóloga tentou acolhe-lo, dizendo que aquele espaço era dele e que sentia que G estava realmente muito triste. G continuou chorando por alguns minutos em silêncio. Depois continuou contando sobre o quanto havia estudado, sobre as coisas que faz, como: sempre assiste programas de TV que passa algum conteúdo ou sempre que esta em algum lugar esperando busca ler uma revista ou um jornal, sempre tentando estar informado sobre as coisas. -G fala que agora não tinha vontade de falar com ninguém, nem com a família nem com os amigos. Fala que eles vão dizer que G é o único que tem estudo, mas não consegue arrumar emprego, ou vão dizer que G sonha muito. Falou que no dia seguinte da prova ficou o dia inteiro trancado em casa, chegou a ir a pé para o curso de pedreiro na Prefeitura para não encontrar seus amigos dentro do ônibus. G diz que se tiver a possibilidade de conversar com uma psicóloga aqui na Clínica viria porque sente vontade de falar sobre as coisas que vem sentindo e também de tentar compreender porque que ele não passa nas seleções de emprego. A psicóloga esclarece a G o papel do psicólogo, mostrando que realmente seria importante para ele passar por um processo terapêutico. G concorda e pergunta qual os procedimentos que deve tomar. A psicóloga explica e finaliza a sessão. G ao sair relata estar mais aliviado por ter conversado e diz que não vai deixar de vir no dia da triagem porque quer muito fazer esse tratamento.

Aluna: Ana Paula Justo 5º ano

NARRATIVAS COMO EXPRESSÃO DA CONSTRUÇÃO DE SENTIDO DE VIDA - E TERAPIA COGNITIVAS NARRATIVA

Eliana da Silva Ramos Arruda

Psicóloga (UNIP), Especialista em Terapias Cognitivas e Construtivismo (Lathu Sensus-UNIP), Formação em Mediação, Professora convidada de cursos de Formação em Mediação (em técnicas de Comunicação e Narrativas, professora do Núcleo e Terapias Congnitivas de São Paulo, Mestranda em Psicolgoia Social da Universidade São Marcos. São Paulo.

Enfocando a epistemologia das narrativas em Psicologia, desde o enfoque construcionista até a aplicação técnica e terapêutica (construtivismo), o presente estudo analisa a relação entre a formação da identidade humana e suas transformações.

Considera-se assim o homem na inter-relação indivíduo/sociedade, em que ontologicamente o ser humano particulariza-se pela natureza hermenêutica, ou seja, que interpreta e dá sentido às experiências vividas e a si mesmo. Este estudo, parte de uma pesquisa mais ampla, procurou revelar como uma pessoa em sua trajetória de vida, constrói narrativas que correspondem a momentos existenciais diferentes e que, ao mesmo tempo, apontam as transformações na construções de sentido acerca de si mesmo e do mundo. Apresentando inicialmente proposta terapêutica de Óscar Gonçalves, parte-se para a análise de outras abordagens narrativas para compreender a interdependência entre a pessoa e suas narrativas como sentidos de vida. Para isso, foi feita a análise narrativa de um episódio escrito por uma senhora de 64 anos. Descreve dois momentos: a adolescência em que comenta um texto com o qual se identificava na época, e seu momento atual, em que elabora uma nova narrativa que, para ela, revela sua maneira 'autêntica' de ser - o sentido de vida que atingiu. Foi uma experiência impactante pois, a leitura do escrito de sua adolescência, mobilizou-se a organizar suas referências atuais. A partir de uma reflexão sobre sua vida, passou a construir novas alternativas existenciais. Já em processo de resgatar seu sentimento de auto-estima e valorização pessoal contempla hoje sua própria re-significação. A aparente simplicidade deste exercício narrativo nos leva a compreender as pessoas como projetos-ativos, construções intra e intersociais sempre abertas para alternativas de vida passíveis de serem identificadas através da riqueza exploratória das narrativas, já que o significado forma-se no espaço da linguagem refletida.