



ANAIS

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

11/09/2009

Realização:

Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro – ATC-Rio

Instituto de Psicologia/UERJ

PALESTRAS

1. SELEÇÃO DE PARCEIROS EM UMA PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA

Angela Donato Oliva (Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro)

De acordo com a perspectiva evolucionista, a escolha de parceiros depende de características, consideradas importantes pelos indivíduos de uma espécie, para atrair sexualmente o outro. A seleção sexual foi um tema introduzido por Darwin juntamente com a seleção natural. Logo, porém, o tema acabou negligenciado mais por razões ideológicas e políticas do que por argumentos científicos. Recentemente, o tópico sobre a seleção sexual foi reabilitado e pesquisas recentes têm ajudado a compreender diferenças comportamentais de machos e fêmeas, além de dimorfismos presentes em algumas espécies. Apesar de ser uma questão em aberto e ainda não bem explicada por biólogos, geneticistas, psicólogos e sociólogos, selecionar um parceiro é algo que sempre esteve presente em nossa história. Mais de 90% dos indivíduos casam ao longo de suas vidas. Estudos indicam que comportamentos de investimento parental, estratégias reprodutivas, ciúme e competição estão intimamente ligados ao processo de seleção de parceiros. Na espécie humana, assim como em algumas outras, o papel feminino tem sido preponderante na escolha de parceiros. Isso seria devido ao custo de reprodução mais elevado para as fêmeas que arcam com os riscos da gravidez, amamentação e cuidados com a prole. Quando é esse o caso, elas tendem a ser mais seletivas, pois a boa escolha de parceiro será fundamental na sobrevivência dos descendentes. Pesquisas mostram que as mulheres, em virtude de serem mais seletivas, escolhem parceiros que indiquem saúde (a beleza e a força são dois sinalizadores importantes disso), que sejam capazes de prover recursos e cuidados para os filhos, tenham algum poder (simbólico ou de fato) e apresentem sinais que estão dispostos a investir em relacionamento de longo prazo. Darwin observou que em muitas espécies os machos exibem exagerados ornamentos. A cauda do pavão, por exemplo, se por um lado é bela, por outro, parece ser um fardo que dificulta a fuga dos predadores. As galhadas dos veados podem levar à morte o indivíduo que ficar enganchado em arbustos. Canções melodiosas de aves, cores exuberantes, etc, atraem fêmeas e predadores. Contudo, como considerava Darwin, esses ornamentos dispendiosos em termos de sobrevivência, devem ter evoluído por alguma razão. Uma explicação é de que os machos que conseguem sobreviver a despeito da característica exagerada e que chegam à vida adulta com uma bela aparência indicariam, para as fêmeas, ser saudáveis portadores de bons genes para passar para a prole. As fêmeas seriam atraídas, de maneira implícita, por esses aspectos. Essa não é uma regra para as espécies, mas os humanos apresentam um padrão parecido com esse. Os homens, por sua vez, teriam preferência por parceiras jovens e belas (juventude e beleza indicam capacidade de procriar e saúde). A hipótese evolucionista é de que os sexos desenvolveram, ao longo desses anos de processo evolutivo, estratégias de seleção de parceiros românticos, considerando o custo energético de se gerar e manter uma descendência. Os ambientes nos quais esses comportamentos foram sendo selecionados já não existem. Vivemos em centros urbanos, com muitas pessoas não aparentadas, em edifícios e com demandas sociais bem diferentes do contexto ancestral dos caçadores coletores. Por essa razão, os comportamentos que foram adaptativos em uma situação podem não sê-lo em outros contextos. A adaptação aos novos problemas promovem modificações comportamentais importantes, essa é a base da evolução. A abordagem evolucionista de seleção sexual, serve como base para práticas terapêuticas cognitivo-comportamentais, na medida em que busca explicar como os comportamentos sociais refletem tendências nesse processo de escolha.

2. EVOLUÇÃO NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL.

Antonio Carvalho (Consultório Particular, Rio de Janeiro, RJ)

Disfunção Erétil, Cognição, Tratamento

No passado, o tratamento dos problemas sexuais era em grande parte considerado domínio da Psiquiatria, com a suposição teórica de que os transtornos sexuais constituíam um sintoma de um conflito mais profundo da personalidade que exigia identificação e resolução terapêutica. As abordagens tradicionais ao paciente com queixa sexual, utilizava um modelo psicanalítico ou de orientação psicanalítica, sendo o processo tão longo que a inadequação sexual corroía de tal forma o relacionamento dos clientes que muitos desistiam da terapia ou do casamento. Havia a necessidade de uma terapia mais focal. Somente em 1970, com a publicação do livro intitulado *Inadequação Sexual Humana* de Masters e Johnson, documentou-se a existência de uma abordagem eficaz da psicoterapia das dificuldades sexuais, em um formato de tratamento rápido e direto. De lá para cá, muitos profissionais modificaram ou ampliaram o programa de tratamento descrito no livro citado, que tinha como enfoque os temores de desempenho na gênese ou na perpetuação das dificuldades sexuais. Hoje com o advento das drogas para ereção, reforça-se o paradigma sexual da importância de se ter uma boa performance, todavia, observam-se mudanças na forma de encarar o problema. Discorrendo rapidamente sobre a evolução do tratamento da disfunção erétil, este trabalho prende-se nos novos conceitos centrais da terapia cognitiva, que cada vez mais tem sido utilizada no tratamento dos transtornos sexuais. O modelo desenvolvido por Barlow marca uma evolução neste tratamento, que até então, atribuía a ansiedade um papel principal. Investigações laboratoriais com o intuito de aprofundar a importância da ansiedade na gênese das queixas sexuais trouxeram resultados surpreendentes, mostrando que em sujeitos funcionais a ansiedade atua como facilitadora do processo, quebrando assim a idéia que norteou os tratamentos sexuais até bem pouco tempo e principalmente aquele vinculado a disfunção erétil. Enfatizando os processos cognitivos na gênese e na manutenção dos transtornos sexuais, Barlow propõe um tratamento onde deixa a ansiedade em segundo plano e focaliza na capacidade do homem em criar e pensar situações que aumentem sua excitação. Segundo este autor, homens funcionais apresentam a capacidade de focar nos estímulos essencialmente sexuais, melhorando assim sua resposta erétil, enquanto que os disfuncionais focam nos pensamentos catastróficos e inibem assim sua capacidade erétil. Apesar do entusiasmo com as novas descobertas fisiológicas e o advento das medicações para o tratamento das queixas sexuais, não podemos pensar na Terapia Sexual como desnecessária. Devemos redefinir a importância e o papel das intervenções psicológicas e evidenciar os eficazes e prometedores tratamentos psicológicos que assim como na medicina também evoluem.

MESAS-REDONDAS

1. COMPULSÃO E IMPULSIVIDADE: A CONTRIBUIÇÃO DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Coordenador: Heitor Pontes Hirata (Centro Psicológico de Controle do Stress)

1.1 A COMPULSÃO NO COMPORTAMENTO DE MENTIR E O ENFOQUE DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: UM ESTUDO DE CASO. Eduarda Larrúbia Franco (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Compulsão por mentira, Entrevista Motivacional, estudo de caso.

As compulsões, comportamentos compulsivos ou aditivos são hábitos aprendidos que se fortalecem devido a alguma gratificação emocional que lhes segue. É comum que seja o alívio da tensão ou angústia. São hábitos mal adaptativos que, pela repetição, tornam-se automáticos. O caráter mal adaptativo diz respeito a sua não adaptação ao bem estar mental pleno, ao conforto físico e à convivência social, ainda que em um primeiro momento proporcione prazer ou alívio de tensões emocionais. As compulsões caracterizam-se por serem repetitivas e por se apresentarem de forma frequente e excessiva. Tais comportamentos têm se mostrado cada vez mais incidentes na população geral, manifestando-se de diferentes formas. No presente trabalho, pretende-se apresentar um estudo de caso em que a queixa principal foi o comportamento de mentir de forma compulsiva. L.L.S., sexo feminino, 19 anos, começou a mentir na infância, quando escondia o fato de ter sido abandonada pela mãe. A necessidade de mostrar-se melhor do que as outras pessoas, como forma de hipercompensação da sua crença de inferioridade, fez com que mentisse cada vez mais sobre aspectos da sua vida pessoal. Chegou a mentir sobre seu próprio nome, criando o personagem que ela gostaria de ser. Ela perdeu o controle sobre o comportamento de mentir, chegando a dizer que estaria associado a sua personalidade. Não se lembra de uma única pessoa para a qual não tenha mentido. Apesar das consequências negativas e de inúmeras tentativas frustradas, não conseguiu abandonar tal comportamento. Tendo em vista a grande dificuldade encontrada pelos pacientes compulsivos de modificar este comportamento, mostra-se eficaz a abordagem da Entrevista Motivacional no início do tratamento. Ela propõe que é possível motivar o paciente para a mudança, fazendo-o fluir através dos estágios de mudança propostos por Prochaska e DiClemente (pré-ponderação, ponderação, determinação, ação, manutenção e recaída). Com a paciente L.L.S. foram trabalhados os princípios desta teoria: oferecer orientação, remover barreiras, proporcionar escolhas, diminuir o aspecto desejável do comportamento, praticar empatia, proporcionar *feedback*, esclarecer objetivos e ajudar ativamente. Além disso, foram realizadas intervenções como psicoeducação quanto aos estágios de mudança, análise de vantagens e desvantagens, automonitoria, identificação de gatilhos para a mentira, levantamento dos motivos para parar de mentir e dos prejuízos já sofridos com a mentira. O tratamento precisou ser interrompido por motivos pessoais da paciente, mas já foi possível observar uma nova disposição para a mudança. Ela mencionou que veio para o tratamento por influência de terceiros e sem esperanças. Agora já podia perceber com mais clareza e convicção a importância de modificar seu comportamento. Ainda seriam mais bem trabalhados seus pensamentos e crenças e estratégias para modificação do comportamento propriamente dito. Em função do pouco tempo de trabalho e do grau de complexidade do caso, os ganhos alcançados são satisfatórios e apontam para a entrevista motivacional como forte aliada à terapia cognitivo-comportamental no tratamento das compulsões. Uma vez que são ainda incipientes as publicações sobre compulsão por mentira, ressalta-se a relevância de trabalhos como este para a ampliação do conhecimento na área.

1.2 TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA ONICOTILOMANIA: UMA PROPOSTA DE ALTERNATIVAS PARA A REDUÇÃO DO STRESS E AUMENTO DA QUALIDADE DE VIDA. Heitor Pontes Hirata (Centro Psicológico de Controle do Stress, São Paulo)

Palavras-chave: Onicotilomania, compulsão, reversão de hábitos.

A onicotilomania é o problema relacionado à falha do controle do impulso de roer e arrancar as unhas. Muitas pessoas no mundo inteiro em alguma fase da vida já vivenciaram esta experiência. Estima-se que mais de 40.000.000 de pessoas tenham o hábito no mundo. Destas, muitas conseguem parar com ele no decorrer da vida, enquanto outras persistem durante anos. A diminuição da auto-estima e vergonha de ser avaliado negativamente pelo hábito são problemas secundários à onicotilomania que podem reduzir a qualidade de vida do indivíduo. Apesar do quadro não estar incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais revisado (DSM-IR-TR), ela pode ser considerada uma questão de saúde, uma vez que pode contribuir para quadros de problemas dermatológicos e odontológicos segundo pesquisas da área. Além disso, alguns autores colocam que a ansiedade ou problemas psicológicos são anteriores a muitos dos casos de onicotilomania. Partindo-se deste pressuposto, pode-se inferir que métodos para o controle da ansiedade associados às estratégias de reversão de hábitos podem ser úteis para o controle do problema. A reversão de hábitos é um tratamento já descrito para uma série de hábitos nocivos como a tricotilomania, o *skin picking*, o hábito de roer unhas e outros. Ela envolve alguns passos que vão desde o estabelecimento de uma boa relação terapêutica até o aprendizado de algumas competências que irão auxiliar o indivíduo a evitar que o hábito continue. Isto inclui a conscientização, a identificação de sentimentos e pensamentos associados ao hábito, o registro dos progressos e outras estratégias auxiliares. O trabalho em questão é uma prévia de um trabalho de pesquisa a ser realizado que tem como objetivo propor uma forma de tratamento e prevenção para pessoas que sofrem com a vergonha e exclusão decorrente do hábito de roer unhas. Pretende-se também que sirva como sugestão para estudos futuros e ampliação da bibliografia nacional a respeito do tema que é escassa. Fará parte da pesquisa a revisão bibliográfica a respeito do assunto, a avaliação do problema dos participantes adultos relacionados à onicotilomania e a aplicação de estratégias cognitivo-comportamentais, incluindo técnicas de relaxamento, reversão de hábitos e técnicas cognitivas. Após as intervenções, pretende-se verificar a eficácia do tratamento através de imagens que comprovem que o hábito foi reduzido ou cessado. Será retirada uma fotografia das mãos antes e depois do trabalho realizado. O tratamento será de curto prazo, devendo abranger cerca de oito sessões. Sessões de *follow-up* podem ser feitas para a verificação mais acurada sobre a cessação do hábito. Para avaliação do nível de ansiedade serão utilizados os inventários de ansiedade Beck (BAI) e o de sintomas de stress Lipp para adultos (ISSL). Estes serão reaplicados ao final do tratamento.

1.3 COMPRAS COMPULSIVAS: PROPOSTA DE TRATAMENTO ESTRUTURADO PARA ATENDIMENTO EM GRUPO. Priscilla Lourenço Leite (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Comprar compulsivo, oniomania, transtorno do Controle do Impulso.

O transtorno do controle do impulso de compras compulsivas ou oniomania pode ser caracterizado como uma vontade quase irresistível, dominadora em obter diversos itens. As compras compulsivas poderiam ser consideradas autocura, ou seja, uma forma que o indivíduo teria para obter alívio imediato da tensão através da obtenção de objetos. Contudo, o bem estar produzido pela diminuição da tensão é rapidamente substituído por um sentimento de culpa. Atualmente o transtorno da compra compulsiva é classificado como transtorno do controle do impulso, uma vez que a incapacidade de controlar um comportamento é um fator central. O indivíduo sente uma fissura quase irresistível, uma espécie de “pressão”, para a “execução” do comportamento, comprando algo sem controle. Originalmente descrito por Kraepelin, em 1915, como um impulso patológico para o ato de comprar, a oniomania costuma ser predominante no sexo feminino, com idades entre 18 e 30 anos, de classe média. O problema tem sido encontrado, sobretudo em países desenvolvidos e sua causa pode estar correlacionada ao alto nível de industrialização dos países em questão e os principais problemas causados pelas compras compulsivas são: dívidas públicas, incapacidade em efetuar pagamentos, consequências jurídicas e financeiras e sentimentos de culpa. Alguns autores definiram o ato de comprar compulsivamente como tendo um caráter crônico, patológico e destrutivo, e ressaltaram ainda a dificuldade em interromper tal comportamento. Concluíram que a ocorrência do ato de comprar compulsivo poderia estar associada a eventos ou sentimentos negativos. Por ser considerado um transtorno da atualidade e por vivermos em uma sociedade de consumo, que estimula e incita as compras e pauta suas noções de bem estar considerando o bem material, é válido aferir que este transtorno é, possivelmente, mais comum do que se tem conhecimento. O trabalho a ser apresentado tem como objetivo a sugestão de um tratamento em grupo estruturado para as compras compulsivas, baseado em um protocolo já existente, que sugere a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno. Sendo assim, pretende-se estruturar uma proposta de atendimento desenvolvido em 12 sessões, no período de 10 semanas, com duração de 2 horas. Utilizaremos algumas técnicas cognitivo-comportamentais como: psicoeducação, exposições com prevenção de resposta, reestruturação cognitiva, manejo do estresse e solução de problemas, plano e prevenção de recaídas entre outras. Ao final do tratamento avaliaremos sua eficácia através de questionários estruturados e escalas de avaliação do transtorno, como a “escala de compras Compulsivas de Richmond”, assim como avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade a partir dos inventários Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI).

2. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E INTERSEÇÕES COM A PSICOLOGIA POSITIVA

Coordenador: Leandro Fernandes (CPAF-RJ)

2.1 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E PSICOLOGIA POSITIVA: UMA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DOS TALENTOS E PONTOS FORTES

Leandro Fernandes (UCAM-RJ/CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ/ UCAM).

Palavras chave: Psicologia Positiva, Talentos, Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é composto por pensamentos obsessivos geralmente seguidos por um comportamento compulsivo. Os pensamentos obsessivos em geral possuem conteúdos absurdos, repugnantes, indesejáveis e muito difíceis de serem abandonados. Podem surgir como imagens, pensamentos ou idéias, onde o conteúdo obsessivo tende a aumentar a ansiedade e os rituais compulsivos tendem a abaixá-la. As obsessões podem ser desencadeadas por vários fatores, e são percebidas pelo paciente como irracionais e sem sentido. A pessoa portadora de TOC, ao tentar se equilibrar fazendo o que mandam os pensamentos equivocados aumenta a dependência dos rituais. Há séculos a humanidade insiste na identificação, análise e correção das fraquezas (doença) para se tornar forte (saudável). Esta visão é bem intencionada, mas nossos pontos fortes acabam sendo esquecidos. É importante que a humanidade comece a entender nossos padrões específicos para aprender a localizar, descrever, ajustar, praticar e refinar nossos pontos fortes. Na atualidade talento é definido como uma forma mais precisa que uma simples aptidão ou capacidade natural espacial. Talento é qualquer padrão recorrente de pensamento, sensação ou comportamento que possa ser usado produtivamente, e mesmo os traços claramente negativos, se puderem ser usados de forma produtiva podem ser chamados de talentos. Logo, uma característica do TOC como o perfeccionismo, se bem administrado pode ser transformado em um talento, como a excelência. Ponto forte é um desempenho estável e quase perfeito em uma atividade, que realizamos de forma previsível e consistente, extraindo uma satisfação íntima e sendo capaz de praticá-la repetidamente com alegria e êxito. Assim, a minúcia e o detalhismo de um cliente com TOC, no seu ambiente de trabalho, se bem geridos podem se transformar em pontos fortes. O TOC cria um padrão específico e duradouro em cada pessoa, nossos pontos fortes também seguem o mesmo princípio. O objetivo do presente trabalho consiste em identificar os talentos dominantes de um paciente com TOC e expandir a perspectiva desta pessoa após o tratamento, trabalhando em cima da característica que um dia foi o seu ponto mais fraco e definindo a dose certa para transformá-la em um ponto forte. Será feito uma associação entre as características pessoais de uma pessoa com TOC, já tratada através da Terapia Comportamental, dos seus padrões obsessivos de comportamento e de seus talentos dominantes, visando de uma forma produtiva e positiva desenvolver seus pontos fortes. Como no caso de uma pessoa com TOC que é muito cuidadosa, vigilante e vê o mundo como um local imprevisível, onde mesmo tudo parecendo em ordem, a qualquer ação, tudo pode dar errado, perdendo horas pensando em uma forma de cumprir o seu objetivo sem colocar algo em risco. Fora o número de horas, este é o conceito de um talento que se chama prudência, que em algumas profissões que envolvem o risco, sendo bem dosado e administrado, pode se tornar um grande ponto forte.

2.2 INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: UMA PROPOSTA DE POTENCIALIZAÇÃO PRIMÁRIA COM CASAIS HETEROSSEXUAIS.

Paíla Hernandes (UCAM-RJ/CPAF-RJ), Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM).

Palavras-chave: Psicologia Positiva; Relacionamentos que prosperam; Potencialização Primária.

A Psicologia Positiva é um novo movimento científico que tem como uma de suas finalidades principais, promover uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos e prevenir as patologias. A Potencialização Primária é o empenho para estabelecer funcionamento e satisfação ótimos, envolve tentativas de aumentar o bem-estar hedônico ao maximizar o que é agradável ou aumentar o bem-estar eudaimônico (a prosperidade humana associada a uma vida de virtudes) ao estabelecer e atingir objetivos. Os relacionamentos prosperam e facilitam o desenvolvimento pessoal de cada membro a medida que o amor que se tem pelo cônjuge nos envolve em comportamentos propositados positivos no relacionamento, fazendo sustentar conexões interpessoais ao longo do tempo. Para que a interação no relacionamento seja bem sucedida, se faz necessário tanto alguma compatibilidade entre a meta individual de ambos, quanto estar disposto a investir nas metas do outro. A Psicologia Positiva dos relacionamentos íntimos parte do princípio que para relacionamentos saudáveis são pré-requisitos o vínculo seguro e o amor, acoplando um foco nos processos apetentes e determinando assim, a agenda para o futuro. Ao contrário, quando nossas necessidades básicas de amor, afeto e pertencimento não são atendidos temos sentimentos de solidão e inutilidade. Justamente pela precariedade de estudos da psicologia sobre os aspectos virtuosos em seres humanos é que se fez importante o surgimento desse novo enfoque. Estudos mostram que, pessoas casadas têm uma saúde física e psicológica melhor e vivem mais, quando comparadas às pessoas solteiras. Várias pesquisas sobre as emoções positivas estão se tornando frequentes no Brasil, trazendo fortes contribuições à cerca do bem-estar subjetivo. O objetivo do referido trabalho é verificar se quando implantamos um trabalho de potencialização primária, calcado em estratégias cognitivas e comportamentais, com casais saudáveis, que ainda não são casados, mas almejam o casamento, conseguimos fazer com que esse relacionamento venha a ter maior chance de sucesso permanente. A estratégia utilizada é de reunir grupos de cinco casais saudáveis, com a mesma faixa etária, que pretendem se casar, mas ainda não o fizeram e potencializar os aspectos saudáveis. Os grupos serão conduzidos com treinamentos em habilidade social e em resolução de problemas, com o propósito de fazer com que o relacionamento continue prosperando. Os encontros ocorrerão uma vez por semana, com duração de duas horas, durante três meses. O trabalho não tem como propósito um atendimento terapêutico e sim auxiliar os casais saudáveis e ajustados, através de técnicas cognitivas e comportamentais e técnicas cognitivas aplicadas à psicologia positiva. Um melhor manejo das situações conjugais vividas, bem como a resolver conflitos e melhorar a comunicação. Espera-se que através deste trabalho, os casais consigam manejar: 1º- Os erros cognitivos; 2º- Melhorar sua capacidade de resolução de problemas; 3º- Habilidade social e comunicação do casal e 4º- Trabalhar e manejar os valores pessoais e do casal, bem como suas metas (pessoais e do casal).

2.3 PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA: UM PROGRAMA DA PSICOLOGIA POSITIVA.

Ana Caroline Saldanha Martins e Mônica Portella (CPAF-RJ/UCAM)

Palavras-chave: Psicologia positiva, aposentadoria, programa de preparação para a aposentadoria.

A saída do mercado de trabalho é um tema vasto e já se sabe que, apesar de natural, pode ter conseqüências negativas para o indivíduo. O Programa de Preparação para a Aposentadoria é importante e pretendemos, com este trabalho, dar uma nova visão a esse programa. A aposentadoria é uma fase nova da vida onde há o abandono de atividades diárias, transformando o tempo que era tomado por projetos em ociosidade. Os primeiros programas de preparação para a aposentadoria funcionavam como um grupo informativo sobre o sistema de aposentadoria e pensões, não um grupo terapêutico. Atualmente esses grupos têm a intenção de facilitar o processo de aposentadoria através de mudança de atitudes e com o despertar de áreas de interesse. Uma proposta da psicologia positiva é trabalhar com a saúde dos clientes, buscando o lado positivo das pessoas descobrindo habilidades e talentos. Com isso chega-se ao objetivo traçado incentivando a saúde para alcançar às metas. O objetivo do presente trabalho é apresentar um programa de preparação para a aposentadoria baseada na terapia cognitiva comportamental e na psicologia positiva, prevenindo a depressão e o sentimento de vazio deixado pelo tempo livre na saída do mercado de trabalho. Nesse projeto serão trabalhados crenças e pensamentos disfuncionais em relação à aposentadoria para depois trabalhar com as habilidades, talentos e metas. Antes de iniciar o programa será feita uma avaliação pré-teste com um questionário e as Escalas Beck de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Desesperança (BHS), que serão novamente aplicados no final dos encontros como pós-teste. Esse programa de preparação para a aposentadoria terá duração de quatro meses com encontros semanais e mais dois encontros durante o ano. Os primeiros três meses do programa acontecerão antes da aposentadoria e, o quarto mês depois. Serão dezoito encontros com um grupo de dez funcionários que irão se aposentar por idade ou tempo de contribuição. O primeiro dia do programa será um encontro explicativo sobre o grupo com uma dinâmica de apresentação. Os encontros serão separados em pensamentos automáticos e crenças, talentos e habilidades, metas de curto, médio e longo prazo, relatos positivos sobre a aposentadoria e a vivência da aposentadoria. No último dia será feita uma despedida. Os outros dois últimos encontros serão um *follow-up* e acontecerão, o primeiro quatro meses depois do término dos encontros semanais e o segundo oito meses depois, com o objetivo de verificar o resultado do trabalho e, caso necessário, encaminhar os funcionários para um tratamento psicológico. Durante o *follow-up* a equipe de psicólogos responsáveis pelo grupo ficará a disposição dos integrantes. Os dois encontros de verificação acontecerão também em grupo e serão discussões de como e se o programa ajudou no entendimento dessa nova fase. Desejamos, assim, evitar a depressão causada pela aposentadoria.

3. TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS.

Coordenadora: Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM)

3.1 FALANDO EM PÚBLICO COM DESENVOLTURA: COMO VENCER O MEDO DE FALAR EM PÚBLICO.

Mônica Portella (CPAF-RJ/UCAM) e Hebe Goldfeld (CPAF-RJ).

Palavras-chave: Habilidades Sociais; Comunicação; Falar em Público.

As exigências de nossa época tornam cada vez mais frequentes a necessidade de realizarmos apresentações no contexto de nossas atividades profissionais e sociais. No passado, somente um número pequeno de pessoas fazia regularmente discursos e apresentações. Hoje, um número cada vez maior de pessoas encontra-se no “no centro do palco”, por causa do seu trabalho, de sua posição dentro da comunidade ou organização social. Uma apresentação efetiva e bem sucedida exige que sejamos capazes de nos comunicarmos e nos relacionarmos com outras pessoas. Para esse intuito, podemos lançar mão de uma série de estratégias, entre elas o treinamento em habilidades sociais. O presente trabalho discute e apresenta a metodologia de trabalho empregada, instrumentos, estratégias e os principais resultados dos grupos que conduzimos ao longo dos últimos três anos. Nossos treinamentos estão calcados no modelo cognitivo-comportamental e visam: 1) Capacitar os participantes à nível comportamental e emocional para falar de forma natural e descontraída em público. 2) Treinar os participantes a utilizarem técnicas de comunicação, habilidades sociais e padrões comportamentais não verbais. 3) Aprender a responder perguntas assertivamente e empregar o humor de forma hábil, a fim de facilitar a interação com o público. 4) Administrar a ansiedade e o medo de falar em público, bem como pensamentos automáticos disfuncionais que podem prejudicar ou mesmo destruir a apresentação. Os grupos foram conduzidos no CPAF-RJ, tendo duração de 21 horas. O número de participantes em cada grupo variou em torno de 20 a 25 pessoas ($X=22$ pessoas por grupo), participaram dos grupos pessoas de ambos os sexos (35% do sexo masculino e 65% do sexo feminino) fizeram parte do grupo 89% pessoas com terceiro grau completo, 8% pessoas com terceiro grau incompleto e 3% com segundo grau completo. Empregamos uma metodologia teórico-vivencial, através de jogos, simulações, técnicas de sensibilização e dinâmica de grupo. Filmamos vários exercícios e dinâmicas, a fim de fornecer *feedback* aos participantes. Os grupos foram conduzidos por dois terapeutas cognitivo-comportamentais. De acordo com as avaliações realizadas no final dos grupos, observamos que: Os participantes relataram que o treinamento ajudou-os administrar a ansiedade, o medo de falar em público e os pensamentos disfuncionais antes e durante as apresentações, bem como que foram capazes de falar em público de forma mais natural e descontraída. A compreensão do modelo cognitivo ajudou a distinguir e lidar com os erros cognitivos e estados emocionais no contexto das apresentações. As estratégias de comunicação, treinamento em habilidades sociais e o treinamento em comunicação não verbal aplicado as apresentações, melhoram a performance (verbal e não verbal) dos participantes ao falar em público. Essa melhora pode ser constatada por meio da comparação dos vídeos da primeira e da última apresentação realizadas por cada um dos participantes. A utilização de vídeo tape como *feedback*, também, foi importante, tendo ajudado na modelação de comportamentos não-verbais e verbais. O *follow up*, realizado um ano após o treinamento, revelou que os resultados persistiram. Concluímos que o treinamento melhorou o desempenho dos participantes ao falar em público e a administrar a ansiedade.

3.2 TREINAMENTO EM ASSERTIVIDADE

Adriano Gustavo Lopes Miranda (CPAF-RJ e PUC-Rio); Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM); Ana Caroline Saldanha Martins (CPAF-RJ); Leandro Fernandes (CPAF-RJ).

Palavras-chave: Habilidades Sociais; Assertividade; Terapia Cognitivo-Comportamental.

Nos dias de hoje a escolaridade e uma boa formação profissional são o mínimo que uma pessoa pode apresentar, a ênfase não é mais na competência técnica, estar sozinho não basta, e de acordo com estudos feitos no mundo inteiro as pessoas que se destacam são as que desenvolvem melhor suas habilidades sociais. Este trabalho tem como objetivo mostrar o contínuo assertivo, os prejuízos de comportamentos passivos e agressivos e técnicas cognitivas, comportamentais e de manejo de ansiedade que serão úteis para a melhor aprendizagem das habilidades sociais. A assertividade é uma das subclasses de desempenho social mais valorizada da atualidade, ela se refere ao desempenho em situações arriscadas e de conseqüências aversivas com alta ansiedade, e enfrentamento. Assertividade é um contínuo que vai do comportamento passivo, passando pelo assertivo até chegar ao comportamento agressivo. Envolve comportamentos, como por exemplo, dar limites, fazer críticas e falar o sim e o não de acordo com o seu objetivo e desejo. Um sujeito passivo tem por sua vez dificuldades em se colocar nas situações. A nível cognitivo possui crenças auto-derrotistas e acaba dizendo sim para as pessoas e não a si mesmo, procurando fazer tudo para agradar o outro. As conseqüências dessas posturas e dessas falas são: conflito interpessoal, auto-imagem negativa, dano a si mesmo, perda de oportunidades, incontrolabilidade, desamparo, depressão, tensão e solidão. Outros problemas são alto nível de ansiedade em situações em que é necessária a asserção, a sensação de não estar sendo levada em conta e queixas psicossomáticas. Uma pessoa agressiva geralmente vai querer tudo do seu modo, gosta de dar ordens e mostrar que manda, não tendo nenhum problema em expor os seus desejos mesmo que para isso ela precise gritar, brigar e ameaçar, muitas vezes utilizando o medo para manipular as outras pessoas. Sendo agressiva esta pessoa conseguirá o que quer, independente se está ofendendo alguém, ou se afastando das pessoas através de seu comportamento. Tais comportamentos, porém terão como conseqüência à longo prazo: conflitos interpessoais, perda de oportunidades, dano aos outros, sensação de estar sem controle, auto-imagem negativa, culpa, frustração, tensão, rejeição e solidão. As habilidades sociais podem ser treinadas e aprendidas, o que permite que qualquer pessoa desenvolva a competência e a destreza social para superar as dificuldades em seu trabalho e na sua vida. Para alcançar este objetivo podemos fazer uso de técnicas cognitivo-comportamentais, como por exemplo, o Disco Quebrado e Acordo Viável. É importante também trabalharmos com o cliente a habilidade de fazer e receber críticas. Para este trabalho técnicas como a do Nevoeiro e do Questionamento Negativo, são de grande ajuda. Em certos casos se faz necessário treinar o cliente em técnicas de manejo de ansiedade, como relaxamento e respiração diafragmática. Emprega-se ainda, no treinamento em assertividade estratégias cognitivas, para trabalhar os pensamentos automáticos disfuncionais.

3.3 OFICINA DA PAQUERA: UMA PROPOSTA DE TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS.

Marianne Kerr (CPAF-RJ); Érica de Lana Meirelles (PUC-Rio e CPAF-RJ); Vanuza Francischetto (CPAF-RJ); Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ); Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM).

Palavras chave: paquera, treinamento em habilidades sociais, grupo.

A paquera é uma das principais formas de expressar o interesse amoroso por um parceiro e conferir se esse parceiro tem interesse amoroso por nós. Pode ocorrer tanto entre indivíduos desconhecidos como entre pessoas conhecidas. Focalizaremos neste treinamento três habilidades sociais: assertividade; auto-apresentação positiva e sensibilidade perceptiva. O comportamento assertivo implica a expressão clara e direta dos próprios sentimentos, necessidades, direitos legítimos ou opiniões sem ameaçar ou castigar os demais e sem violar os direitos dessas pessoas. Por exemplo, uma mulher que se depara com um homem que incessantemente tenta paquerá-la e ela, sem interesse, pode sair dessa situação embaraçosa de forma assertiva dizendo não de forma direta e clara e sem magoá-lo. Através da sensibilidade perceptiva a pessoa pode decodificar com precisão os sinais não-verbais de interesse como também os de falta de interesse de um parceiro em potencial. O comportamento não-verbal, como o olhar, a expressão facial, a postura corporal, a entonação e o volume de voz é também muito importante e pode acrescentar ou tirar valor do comportamento verbal. A auto-apresentação envolve a capacidade de se apresentar adequadamente em diferentes contextos, envolvendo aspectos relacionados às regras de demonstração e à aparência (vestuário e acessórios). Este trabalho tem como objetivo desenvolver as habilidades sociais e de comunicação dos participantes, isto é, aprimorar suas habilidades de paquerar com o propósito de que se tornem mais aptos a atrair um parceiro; a identificar e emitir sinais não-verbais de paquera; a chamar atenção sem esforço; a melhorar sua aparência; a iniciar e manter uma conversa; a sair de uma situação embaraçosa e a administrar a ansiedade e o medo de um fora. O número de participantes em cada grupo variará em torno de 15 pessoas (X = 12 pessoas por grupo). Participarão dos grupos pessoas heterossexuais de ambos os sexos, que serão agrupados por faixa etária: grupos de adultos jovens de 18 a 29; grupos de adultos maduros acima de 30 anos. Faremos um pré-teste antes da intervenção. Os participantes responderão a uma entrevista semi-estruturada, contendo perguntas sobre as suas habilidades de paquerar e farão um teste comportamental filmado para avaliar o seu comportamento não-verbal de paquera. Também será feito um pós-teste, após a intervenção, com os mesmos instrumentos empregados no pré-teste. A intervenção propriamente dita (oficina da paquera) terá duração de 22 horas, sendo 14 horas de treinamento em grupo e 8 horas de treinamento em campo (em “paqueródromos”, como, boates, shows, bares, restaurantes, etc.). A intervenção tanto de campo quanto de grupo será conduzida por dois terapeutas, sendo um do sexo masculino e um do sexo feminino, dada a necessidade de modelação. Os terapeutas terão aproximadamente a mesma idade que os participantes. Pretende-se que os participantes desenvolvam as habilidades sociais relacionadas à paquera, aprendam a administrar a ansiedade e a manejar seus erros cognitivos durante a paquera.

3.4 ADAPTAÇÃO DE TÉCNICAS DE TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS COM CRIANÇAS.

Érica de Lana Meirelles (PUC-Rio; CPAF-RJ); Vanuza Francischetto (CPAF-RJ); Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ); Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM).

Palavras-chave: treinamento em habilidades sociais infantil; técnicas; desenvolvimento.

No campo das Psicoterapias, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem ganhando corpo, com o aumento do número de profissionais praticantes desta abordagem. Isto se deve à sua já comprovada eficácia no tratamento de transtornos mentais, como os Transtornos de Ansiedade, de Humor e de Personalidade, entre outros. Muito se tem estudado sobre a prevalência de Transtornos Mentais não somente na idade adulta, mas também na Infância. Transtornos infantis (de humor, de ansiedade, TDAH, TOC, etc.) acometem grande parte desta população, muitas vezes de forma silenciosa, porém causando grande sofrimento psíquico e social. Muitos destes transtornos trazem prejuízo nas habilidades sociais (HS) ou são fruto de déficits nas mesmas. O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) se vale de técnicas cognitivas (reestruturação cognitiva, descatastrofização e automonitoramento, entre outras) e comportamentais (como por exemplo, exposição, modelagem, treino em relaxamento e *role-play*). O uso de THS com crianças é desejável, uma vez que pesquisas na área também corroboram a eficiência desta estratégia na psicoterapia dos transtornos infantis. O trabalho com crianças demanda que se conheçam as etapas do desenvolvimento sócio-emocional infantil. Este conhecimento é útil para a avaliação, muitas vezes sutil, dos sintomas apresentados: o que neles é característico daquela fase de vida e o que pode estar causando sofrimento e, assim, configurando demanda de psicoterapia. É preciso conhecer também as capacidades cognitivas e comportamentais das crianças, em suas diferentes faixas etárias, para que as técnicas psicoterapêuticas (incluindo-se aqui o THS) possam ser adaptadas às condições que as crianças possuem de compreendê-las e executá-las. Um exemplo são os estudos em Neuropsicologia do Desenvolvimento, sobre o *span* de memória operacional de crianças e o desenvolvimento tardio de funções executivas. Um outro ponto abordado é o desenvolvimento do raciocínio lógico-matemático e da coordenação motora fina. Diante disso, a necessidade de se adaptar as técnicas da TCC para a terapia infantil torna-se óbvia. Este trabalho tem como objetivos: 1) apontar para a necessidade de adaptação das técnicas; e 2) apresentar técnicas de THS ajustadas ao uso com crianças. Com base na literatura sobre o tema e na prática clínica de consultório, serão apresentadas técnicas cognitivas e comportamentais, referentes à avaliação e à aplicação destas técnicas no treinamento, já adequadas ao uso com crianças. Ainda, serão demonstrados materiais de uso nas sessões com crianças (jogos, brinquedos, cartazes, cartões, etc.), nomes adaptados de técnicas (exemplos: reestruturação cognitiva = “Transformando Pensamentos”; descatastrofização = “Alarme real *versus* Alarme falso”; consciência dos pensamentos automáticos = “Balões de pensamento”; modelação: “O meu herói”), com a explicação de sua aplicação na prática. Serão citados casos clínicos onde estas técnicas foram aplicadas com sucesso. Espera-se que este trabalho possa contribuir para o conhecimento na área da psicoterapia e THS com crianças, sensibilizando os profissionais de TCC para a necessidade de uma formação específica, preocupada em compreender o desenvolvimento infantil.

4. INTERVENÇÕES COGNITIVO COMPORTAMENTAIS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Coordenadora: Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ)

4.1 A IMPORTÂNCIA DA FORMULAÇÃO DE CASO PARA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ), Hebe Goldfeld (CPAF-RJ), Vanuza Francischetto (CPAF-RJ), Érica de Lana (CPAF-RJ/PUC-Rio), Eliana Viola (CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ/UCAM).

Palavras-chave: Formulação de Caso, Tratamento, Crianças e Adolescentes

A formulação de caso é o entendimento compartilhado do estabelecimento e manutenção dos problemas apresentados pela criança e/ou adolescentes descritos de acordo com uma estrutura cognitivo-comportamental. Oferece uma hipótese explanatória, explicando por que os sintomas surgem e como vários fatores ambientais, interpessoais moldam estes padrões de sintomas e qual a relação entre eles. A formulação de caso difere das classificações diagnósticas, pois não se restringe a sintomas gerais e funciona como um instrumento prático que orienta a escolha de técnicas, o ritmo, a execução, e a avaliação de progressos. O objetivo do presente trabalho é mostrar como a formulação de caso auxilia o terapeuta, os cuidadores e a criança e/ou adolescentes cujos comportamentos são multiplamente determinados. No caso do terapeuta a formulação orienta a tarefa de planejar, adaptar e executar intervenções que se ajustem aos objetivos terapêuticos colaborativamente definidos. No do cliente a ajuda é para eles e seus cuidadores no sentido de perceber dificuldades, antes desconectadas e agora reunidas pela formulação de modo coerente e compreensível. A formulação ocorre durante todo o processo de tratamento, as informações fornecidas pelo cliente e pelos pais são estruturadas e organizadas para salientar e explorar as possíveis relações entre cognições, sentimentos e comportamentos. As hipóteses levantadas são discutidas, testadas e aprimoradas. Obtém-se assim, o modelo de trabalho que informa o conteúdo e o foco do programa cognitivo-comportamental. Novas informações surgem durante o tratamento, a formulação resultante é constantemente verificada, avaliada e revisada. Faz-se uma cuidadosa identificação e seleção de informações-chave para que o tratamento tenha foco. A sugestão é que se adéque diferentes formulações a diferentes necessidades, para tal propósito, pode-se aplicar, por exemplo, uma formulação simples que saliente a relação entre apenas dois fatores como a relação entre o pensar e o sentir. Ou uma formulação mais abrangente que leve em consideração o início e a manutenção do problema. Ou ainda, uma formulação específica para um problema específico, por exemplo, ansiedade de separação, com informações organizadas em torno dos aspectos-chave identificados em modelos específicos de tratamento. O primeiro passo para o desenvolvimento da formulação é identificar e definir como o problema se mantém no funcionamento diário do cliente, na forma como pensa, sente e se comporta, bem como seus antecedentes e conseqüentes, levantar as variáveis do contexto cultural, da história e das etapas do desenvolvimento. Os métodos utilizados são entrevistas com os pais, inventários, observação do cliente, desenhos, redações, jogos, monitoria de atividades, RPD, análise funcional, estabelecimento de metas e psicoeducação. Os resultados obtidos na prática terapêutica foram: 1) Melhor compreensão do problema; 2) Maior eficácia na aplicação de técnicas; 3) Maior adesão da criança e/ou adolescente; 4) Maior colaboração dos cuidadores. Conclui-se que a formulação de caso é uma etapa importante no tratamento de criança e/ou adolescentes.

4.2 TCC E TECNOLOGIA: TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS E RECURSOS COMPUTACIONAIS MOTIVANDO E AUXILIANDO NO PROCESSO TERAPÊUTICO INFANTIL.

Vanuza Francischetto (CPAF - RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ/ UCAM).

Palavras-chave: Técnicas Cognitivo-Comportamentais, Computador, Infantil

A psicologia clínica infantil e do adolescente constitui um campo importante dentro da TCC e tem tido uma grande expansão e refinamento nessa última década. A psicopatologia infantil representa uma preocupação social importante e de grande ocorrência. Quando pensamos em atender crianças e adolescentes, pensamos em uma intervenção segura, comprovada e que a criança se sinta motivada dentro do processo terapêutico. Atualmente, o universo infantil, convive com um valioso recurso que pode apoiar as intervenções: o computador. Hoje em dia, a tecnologia vem servindo a área educacional com seus programas educativos, jogos, entre outros, podendo também auxiliar o atendimento terapêutico. O objetivo do presente trabalho foi verificar como as Técnicas Cognitivo-Comportamentais poderiam ser aplicadas com o auxílio do computador no tratamento de crianças com ansiedade e TDAH. As crianças atendidas não estavam motivadas ao tratamento, apresentaram dificuldades de atenção, de comunicação e escuta, impulsividade, hiperatividade, ansiedade na área familiar, social e escolar. O foco inicial da intervenção foi a motivação para o tratamento e posteriormente o de monitorar e alterar comportamentos disfuncionais, a maneira inadequada de resolver os problemas, e a forma destrutiva de comunicação e escuta. Foram atendidas três crianças, duas do sexo masculino e uma do sexo feminino, entre 10 a 13 anos, de classe média e alta, duas com TDAH e uma com muito ansiosa (sem um transtorno de ansiedade específico). Foram realizadas em média vinte sessões ao longo de cinco meses de tratamento, uma sessão por semana (a cada quatro sessões, uma sessão com os pais) com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, foi realizada a avaliação cognitivo-comportamental através da entrevista com os pais e posteriormente com a criança e a realização de um plano de tratamento. Durante a intervenção, utilizamos técnicas cognitivo-comportamentais (a linha do tempo para identificar os estressores, resolução de problemas, identificação de comportamento disfuncionais e suas conseqüências, etc.) com o auxílio do computador para facilitar o processo terapêutico. O envolvimento das crianças com as atividades que realizavam com recursos computacionais foi sempre muito elevado. Foi verificado no final da intervenção: 1) que as crianças ficaram motivadas ao tratamento, 2) passaram a focar a atenção e mantê-la nas técnicas aplicadas da TCC com o apoio do computador, 3) aprenderam a identificar os seus problemas e buscar alternativas para resolvê-los. As Técnicas Cognitivo-Comportamentais computadorizadas foram eficazes para a motivação, obtenção e manutenção da atenção e favoreceu a comunicação e a relação terapêutica.

4.3 TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS EM CRIANÇAS TÍMIDAS

Andrea Paola Yanguas (CPAF-RJ/UCAM) e Mônica Portella (CPAF-RJ/ UCAM)

Palavras-chave: Habilidades sociais, Timidez, Técnicas Cognitivo Comportamental

A timidez é uma condição comportamental em que a pessoa apresenta medo, ansiedade e grande vergonha ao se expor em situações sociais. Crianças e adolescentes com o quadro de timidez apresentam comportamento evitativo, dificilmente solicitam ajuda aos professores em sala de aula, negam-se a expor seus trabalhos, não participam de atividades em grupo, relutam em conversar com outros jovens, apresentam dificuldades em defender os próprios direitos, expressar sentimentos, criticar, receber crítica iniciar e manter uma conversação. O objetivo do presente trabalho é propor um programa de THS para crianças tímidas, a fim de que cheguem a manter relações gratificantes e a desfrutar das relações interpessoais. O programa contém os seguintes objetivos específicos: aumentar os comportamentos de interação com as outras pessoas (adultos e crianças); reduzir a ansiedade social em relação aos contatos interpessoais; melhorar a auto estima; corrigir interpretações disfuncionais. O programa será dividido em cinco etapas: 1) iniciar e manter conversações, 2) participar de jogos e de atividades em grupo, 3) fazer e receber críticas, 4) desenvolver a assertividade, 5) melhorar o auto-conceito e auto estima. O formato do treinamento é misto com períodos de intervenção individual e outras em grupos Começando pelo formato individual e passando gradativamente para o de grupo. O programa será composto por vinte encontros com uma hora de duração, com a periodicidade de uma sessão por semana. As técnicas que configuram a intervenção serão, a princípio: dessensibilização sistemática, treinamento em auto-instrução, exposição, instrução verbal, diálogo e discussão, modelação, representação de papéis, RDPD, reestruturação cognitiva, estratégias de reforçamento, relaxamento, solução de problemas e tarefas de casa. Espera-se que as crianças apresentem melhor interação interpessoal com adultos e seus pares; redução da ansiedade social em relação aos contatos interpessoais; melhora na auto-estima; desenvolvam a habilidade de fazer e receber críticas e avaliações funcionais. A timidez na infância é um problema que demanda atenção profissional e científica. Nesse sentido é conveniente aprofundar os aspectos conceituais e teóricos em torno do tema timidez na infância, e seria desejável incluir sistematicamente procedimentos e estratégias de detecção e identificação de crianças tímidas nos contextos educativos como forma de prevenção. É necessário realizar estudos para determinar como se desenvolve e como evolui o comportamento da timidez.

5. STRESS: DA NEUROBIOLOGIA AO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenadora: Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ, Pós-Doutoranda PUCCAMP)

5.1 NEUROBIOLOGIA DO STRESS

Valfrido Leão de Melo Neto (Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: *stress*, neurobiologia, córtex pré-frontal

Stress pode ser definido como um distúrbio da homeostase ou do bem-estar de um organismo. Informações relativas ao estressor captadas por diversos sistemas sensoriais (por exemplo, sinais interoceptivos ou exteroceptivos) chegam ao cérebro, o qual recruta sistemas neurais e neuroendócrinos com o objetivo de minimizar o dano e manter a integridade do organismo. Essa resposta ao *stress* envolve circuitos límbicos, hipotálamo e tronco encefálico e garantem a contribuição neuroendócrina e autonômica de acordo com a modalidade e intensidade do estressor. Estressores físicos requerem uma reação “sistêmica” imediata que é desencadeada por mecanismos reflexos. Aos estressores psicogênicos o cérebro responde baseado em sua experiência anterior ou em “programas inatos”. O controle neural do *stress* é um processo complexo que requer integração de informações a respeito de desfechos reais e potenciais. O córtex pré-frontal, a região cerebral que serve às nossas habilidades cognitivas mais complexas, é também a região do cérebro mais sensível aos efeitos da exposição ao *stress*. A exposição prolongada ao *stress* pode provocar alterações da arquitetura dendrítica pré-frontal. Pesquisas recentes têm começado a revelar as alterações intracelulares conseqüentes ao *stress* no córtex pré-frontal. Tais achados nos fornecem pistas de como eventos genéticos ou ambientais podem provocar disfunção cortical pré-frontal em transtornos mentais. Além disso, o *stress* grave pode transformar a codificação de memórias emocionais em um processo “mal adaptado” que, por sua vez, pode ser a fonte de uma ansiedade crônica. Tal desfecho relaciona-se à modulação tanto da estrutura quanto da função da amígdala. A plasticidade na amígdala induzida pelo *stress*, em associação com alterações em outras áreas cerebrais, pode provocar conseqüências de longo prazo na performance cognitiva e na ansiedade patológica. Os efeitos específicos no cérebro, comportamento e cognição dependem do momento e da duração da exposição ao *stress*, bem como da interação entre efeitos genéticos e exposição prévia a adversidades ambientais. Avanços nos estudos com animais e seres humanos têm tornado possível a criação de hipóteses para explicar porque diferentes transtornos surgem nos indivíduos expostos ao *stress* em diferentes momentos de suas vidas. Um sistema chave na resposta ao *stress* é o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. A responsividade deste eixo é em parte determinada pela habilidade dos glicocorticóides de regular a liberação de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) e CRH (hormônio liberador de corticotrofina) através da ligação a dois receptores corticosteróides, o receptor glicocorticóide e o receptor mineralocorticóide. A amígdala, que está envolvida no processamento do medo, ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Durante o período pré-natal o *stress* afeta o desenvolvimento do hipocampo, córtex frontal e amígdala. Na infância agride principalmente o hipocampo. Durante a adolescência o córtex frontal é a região mais vulnerável. Na idade adulta e nos idosos, as regiões cerebrais mais prejudicadas são as que mais rapidamente declinam no processo de envelhecimento, como é o caso do hipocampo. Entender melhor tais hipóteses poderá nos permitir criar estratégias mais efetivas para prevenir efeitos deletérios do *stress* no cérebro, no comportamento e na cognição.

5.2 STRESS E RAIVA: INTERVENÇÕES E NEUROBIOLOGIA

Marcele Regine de Carvalho (Centro Psicológico de Controle do Stress CPCS/RJ / Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: *Stress*, Raiva, Neurobiologia

A raiva é uma emoção desconfortável que pode ocorrer quando a pessoa se sente ameaçada, injustiçada, frustrada em relação a algo lhe seja importante. As emoções fortes decorrem da reação de *stress*, que se caracteriza por alterações psicofisiológicas frente a situações difíceis ou excitantes que afetam a homeostase do organismo. A raiva é uma destas emoções geralmente atreladas ao *stress*. Considera-se que a raiva é uma resposta humana natural frente a ameaças, que prepara o corpo para lutar contra as mesmas e defender a integridade física e moral. Não se pode viver sem experimentar esta emoção, mas quando ela não é bem canalizada pode trazer conseqüências negativas, como: a agressividade, a violência, a impulsividade, prejuízos em relacionamentos, problemas de saúde atrelados à predisposição de cada indivíduo, isolamento social e, inclusive, a retroalimentação da própria raiva. As reações de raiva são resultado da combinação de diferentes variáveis, tanto genéticas e neurofisiológicas, quanto culturais e relacionadas à história de vida e de aprendizagem de cada indivíduo. Considerando as variáveis cognitivas, presume-se que avaliações inadequadas a respeito da atribuição de responsabilidade em relação às próprias necessidades, a frustração de expectativas irrealistas e as distorções cognitivas do tipo “deverias” são alguns dos principais gatilhos envolvidos nas reações de raiva. Porém, como citado, nem sempre a raiva é nociva. Ela pode ser mobilizada para a defesa pessoal e a determinação de limites. As intervenções cognitivo-comportamentais visam mobilizar a raiva de modo satisfatório para o indivíduo, além de minimizar os danos para aqueles com quem se relaciona. É necessário entender e identificar os gatilhos das reações de raiva, aprender as estratégias de reestruturação cognitiva, manejo do *stress*, treino em assertividade, treino em resolução de problemas etc. e colocá-las em prática; objetivando a construção de novos padrões de resposta diante a emoção de raiva. Hipotetiza-se que semelhantes circuitos cerebrais estão ativos tanto em momentos de raiva e *stress* como em transtornos de ansiedade. O sistema límbico está obviamente envolvido, destacando-se a atividade da amígdala e do hipotálamo posterior. Já o córtex frontal seria recrutado na mediação de efeitos inibitórios sobre estes comportamentos. Já é sabido que as estratégias cognitivo-comportamentais em transtornos ansiosos, como, por exemplo, o Transtorno de Pânico, modulam de maneira eficaz a atividade do córtex pré-frontal em relação à amígdala. Espera-se que frente à raiva e ao *stress* as mesmas estratégias cognitivo-comportamentais também favoreçam a atividade do córtex pré-frontal em inibir a ativação da amígdala e, conseqüentemente, seus disparos para regiões subcorticais; que podem desencadear respostas autonômicas, hormonais e comportamentais relacionados ao *stress*, raiva, medo, ansiedade. Estas são hipóteses que exigem estudos experimentais que testem sua validade.

5.3 A FRUSTRAÇÃO COMO FONTE INTERNA DE STRESS

Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro; Pós-doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Bolsista CNPq)

Palavras-chave: frustração, *stress*, terapia cognitivo-comportamental

A frustração é um sentimento que muito interesse tem despertado nos estudiosos da psicologia, evidenciando-se cada vez mais sua relação com o *stress*. Até a década de 60, a frustração era estudada em sua relação com a agressão. No entanto, os estudos mais recentes ampliaram essa visão, enfatizando que a frustração pode gerar problemas de saúde, dificuldades ocupacionais, emocionais e sociais, de modo que pode influir no desempenho do indivíduo em todas as áreas de sua vida e gerar *stress* excessivo. Convém lembrar, no entanto, que a reação à frustração nem sempre é a mesma, sendo importante considerar as diferenças individuais que possibilitam que algumas pessoas superem as adversidades e, muitas vezes, até tirem proveito em prol do seu crescimento pessoal. Cabe ressaltar que os estudos se complementam na compreensão desse sentimento. Resumindo algumas contribuições teóricas no campo, pode-se dizer que a frustração é um sentimento que envolve impedimento do alcance de metas, necessidades insatisfeitas, expectativas não atendidas ou percepção de falta de equidade. Estudos revelam que frente à frustração a pessoa pode adotar vários tipos de comportamentos, dentre estes a fuga, evitação, compensação e agressão. Tais reações podem trazer danos ou benefícios para a vida da pessoa, no primeiro caso as reações podem estar associadas à depressão e *stress* excessivo, no segundo caso pode se constituir em desafio ou experiência de crescimento. A teoria da frustração-agressão defende a idéia de que a frustração sempre levaria a agressão, no entanto, a teoria da modelação afirma que a agressão como reação à frustração é aprendida ao longo da vida. A pessoa aprenderia o modo de lidar com a frustração através da observação e imitação do comportamento dos pais ou de outras pessoas importantes na vida dela, havendo uma modelação. Algumas pessoas são mais vulneráveis e outras mais resistentes (resilientes) à frustração, o que se explica por meio de aspectos constitucionais, história de vida, modelos, reforços, punições, experiências de privação ou de falta de limites. Algumas pessoas não teriam repertório - cognitivo, emocional e comportamental - por falta de oportunidade de vivenciar a frustração e de testar formas de lidar com ela. Outras tiveram frustração em excesso ao longo da vida. Dentre os autores que estudam o tema convém citar importante estudo que relaciona oito atributos que se chama de pilares da resiliência: introspecção, independência, capacidade de se relacionar, iniciativa, humor, criatividade, moralidade e auto-estima consciente. A ênfase no otimismo também tem sido dada na literatura. Fundamental se torna aprender formas adaptativas de lidar com a frustração, de modo que a pessoa possa se tornar mais resiliente e, com isso, evitar o *stress* excessivo. A terapia cognitivo-comportamental possui estratégias que podem contribuir nesse sentido e que serão apresentadas.

5.4 O STRESS E A VARIAÇÃO DO HUMOR

Rafael Thomaz da Costa (Centro Psicológico de Controle do Stress CPCS/RJ / Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: *stress*, transtornos afetivos, terapia cognitivo-comportamental

O *stress* é uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado como desafiante. O estímulo interpretado como desafiador provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno, criando uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. A necessidade de adaptação exige comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o *stress*, ou seja, suas estratégias de enfrentamento. Os sintomas do *stress*, suas fases e suas conseqüências têm recebido cada vez mais atenção do meio acadêmico. O *stress* severo é apontado em estudos sobre fatores etiológicos como uma variável responsável pela causa/agravamento dos transtornos afetivos. Artigos recentes apontam para a forte incidência de falta de apoio social e sintomas de *stress* em pacientes com transtorno de humor quando comparados com a população em geral. Eventos estressores parecem estar associados com início e com recaída dos episódios de humor. Descobertas recentes sugerem que efeitos do *stress* emocional/ambiental podem deprimir o sistema imunológico, abalando as defesas naturais contra o Câncer e outras enfermidades. Além disso, há maiores possibilidades de que ocorram doenças após acontecimentos altamente estressantes na vida da pessoa. Quando uma pessoa sofre dissabores emocionais ou mesmo diante de experiências aparentemente agradáveis, mas que impliquem em necessidade de mudança e adaptação, aumenta-se a probabilidade de ocorrer e/ou se agravar: úlceras, aumento da pressão sanguínea, doenças cardíacas, dores de cabeça, diabetes, doenças infecciosas, dores musculares, distúrbios do sono, problemas dermatológicos, entre outros problemas. A depressão pode, desta forma, ser conseqüência de uma ou mais destas condições médicas, as quais favorecem uma alteração no ritmo de atividades mentais e físicas, laborativas e de lazer, individuais e sociais. Fatores estressores internos e externos são abordados nos estudos como ameaças ou experiências desagradáveis. Uma revisão sistemática recente ilustra bem a relação entre *stress* e sintomas depressivos. Ao se investigar episódios depressivos em imigrantes, encontrou-se uma taxa de 20% em imigrantes trabalhadores e de 44% entre imigrantes refugiados; sendo que quanto maior o Produto Interno Bruto (PIB) do país, melhor a saúde mental dos imigrantes trabalhadores; o mesmo não ocorreu com os refugiados. Além disso, há muitos estudos que apontam para a relação entre prejuízo na qualidade de vida e elevado índice de sintomas de depressão/ansiedade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere a avaliação da qualidade de vida pelos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente. Fica claro que um indivíduo com prejuízo da qualidade de vida está diante de vários fatores estressores internos e externos. O paciente com transtorno afetivo apresenta, em geral, mais dificuldade para solucionar conflitos e lidar com perdas interpessoais. Pode-se reduzir a chance de um evento estressor precipitar um grave episódio de humor caso o paciente conheça estratégias para manejar e prevenir *stress*. Daí a importância de os planos de tratamento da TCC para transtornos afetivos envolverem algumas intervenções cognitivas-comportamentais que abordem os pilares responsáveis pelo manejo/prevenção de *stress*.

6. AMPLIANDO OS LIMITES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ANSIEDADE.

Coordenadora: Aline Sardinha (Laboratório de Pânico e Respiração, Programa de pós-graduação em psiquiatria e saúde mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ - IPUB, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – Translational Medicine (CNPq).

6.1 DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS, QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE E PSICOTERAPIA.

Camila Martiny (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Heitor Siffert Pereira de Souza (Departamento de Gastroenterologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egídio Nardi (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal, Comorbidades Psiquiátricas, Terapia Cognitivo-Comportamental

O termo doença inflamatória intestinal (DII) remete à presença de duas doenças: retocolite ulcerativa (RU) e a doença de crohn (DC). A DII caracteriza-se como um processo inflamatório crônico intestinal que causa episódios de diarreia, dor abdominal, cólicas, mal-estar, febre, entre outros sintomas. Os primeiros episódios da doença ocorrem geralmente no início da vida adulta. A etiologia é desconhecida, mas aponta-se, em diversos estudos, para a interação de fatores genéticos e ambientais. A progressão da DII está diretamente ligada à queda da qualidade de vida, aumento do estresse, e a presença de sintomas depressivos e ansiosos. A partir desta premissa, o presente estudo tem como objetivos: (1) estimar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes portadores da DII; (2) avaliar a presença e o nível de estresse neste grupo, relacionando aos episódios de crise e remissão; (3) mensurar a qualidade de vida nestes pacientes, comparando os índices com os de pacientes portadores de outras doenças gástricas e do grupo controle formado por indivíduos saudáveis; e (4) relacionar as variáveis anteriores. Com a aquisição destes dados, o objetivo posterior é elaboração e testagem de um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para pacientes portadores de DII. O estudo será realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Os participantes da pesquisa serão divididos em três grupos. Cada grupo será composto por 30 pessoas, com idade mínima de 18 anos. O primeiro grupo será formado por pacientes diagnosticados com DII, e em tratamento no setor de Gastroenterologia no HUCFF. O segundo grupo será formado por pacientes em tratamento no setor de Gastroenterologia do HUCFF, que não sejam portadores da DII. O terceiro grupo será o grupo controle, composto por sujeitos que não sejam pacientes do setor de Gastroenterologia do HUCFF. Não serão incluídos no grupo portadores de transtorno psicótico. Inicialmente, os indivíduos portadores de DII passarão pela avaliação de um clínico que irá calcular o índice de atividade da doença, o CDAI para a DC, e o CAI para RU. Todos os participantes da pesquisa responderão a um questionário de identificação. Serão aplicadas as seguintes escalas: MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview, versão 5.0; Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Questionário de qualidade de vida SF-36, e Questionário de qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal (IBDQ). Após a análise dos dados, e a obtenção dos resultados, os objetivos citados acima poderão ser concluídos. Após esta etapa, dá-se início a elaboração de um modelo de tratamento de TCC para DII, e a testagem de sua eficácia. Inicialmente, prevê-se para este a utilização de técnicas de manejo de estresse, estratégias de coping, psicoeducação, reestruturação cognitiva, entre outras.

Apoio Financeiro: CNPq, INCT-Translational Medicine

6.2 O PAPEL DO EXERCÍCIO NA SAÚDE MENTAL DE PACIENTES CARDIOPATAS: COMPARAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM CARDIOPATAS QUE PRATICAM EXERCÍCIOS FÍSICOS E SEDENTÁRIOS.

Aline Sardinha (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egidio Nardi (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Claudio Gil Soares de Araújo (Clínica de Medicina do Exercício – Clinimex, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Ansiedade, Transtorno do pânico, Exercícios físicos, Doenças cardiovasculares

Introdução: A depressão é considerada atualmente um fator de risco independente para doenças cardiovasculares. Entretanto, nos últimos anos, tem havido um crescente interesse no papel da ansiedade no prognóstico de pacientes cardiovasculares, já tendo sido encontrados alguns resultados relacionando ataques de pânico a um pior prognóstico cardiovascular tanto em pacientes cardiopatas quanto em sujeitos saudáveis. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos em um grupo de pacientes com doença coronariana participantes de um programa de exercício físico, comparados com pacientes cardiopatas que não faziam exercícios regularmente. **Métodos:** 119 pacientes com doença coronariana oriundos de duas amostras distintas - participantes de um programa de exercício supervisionado (n=60) e cardiopatas em atendimentos ambulatorial que não realizavam exercícios físicos regulares (n=59). Os participantes foram submetidos a uma entrevista estruturada para avaliar a presença de transtornos psiquiátricos (MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview, versão 5.0). **Resultados:** Do grupo que praticava exercícios físicos, 45% dos pacientes apresentaram um ou mais de um transtorno psiquiátrico presente ou progresso, sendo que 21% apresentou múltiplos diagnósticos psiquiátricos. 7% encontrava-se em um Episódio Depressivo Maior e 15% relataram episódios depressivos anteriores. Em relação à ansiedade, 15% relatou ataques de pânico no passado, mas nenhum paciente apresentava ataques de pânico no momento. A agorafobia estava presente em 18% dos casos. Do grupo que não praticava exercícios físicos regularmente, 81% apresentou pelo menos um diagnóstico e 54% apresentou mais de um transtorno psiquiátrico. Apesar de este grupo apresentar uma taxa expressiva de episódios depressivos atuais (22%), 30% relataram ainda episódios progressos. 10% dos pacientes apresentavam distímia. 7% dos pacientes tinham ataques de pânico no momento da avaliação e 17% apresentaram ataques de pânico no passado. Agorafobia foi relatada por 25% dos participantes. **Conclusões:** A prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes coronariopatas, mesmo participantes de um programa de exercício físico supervisionado, ainda é superior à prevalência destes transtornos na população comum. Entretanto, o grupo que praticava exercícios físicos regularmente apresentava significativamente menos comprometimento psiquiátrico do que os sedentários. Resta esclarecer o papel do exercício físico na manutenção da saúde mental dos pacientes cardiopatas, bem como a direção de causalidade da associação observada entre prática de exercícios físicos regulares e comprometimento psiquiátrico em cardiopatas. Tais dados indicam que é necessário atentar para as comorbidades psiquiátricas em pacientes coronariopatas não só no pós-operatório, mas também nos anos de seguimento e levantam a necessidade de se investigar mais objetivamente o potencial papel terapêutico do exercício físico nesta população.

Apoio Financeiro: Bolsa CNPq nível doutorado, CNPq, INCT-Translational Medicine

6.3 USO DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS) EM EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA.

Gastão L. F. Soares-Filho (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Hospital Pró-Cardíaco), Rafael C. Freire (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Karla Biancha (Hospital Pró-Cardíaco), Ticiano Pacheco (Hospital Pró-Cardíaco), André Volschan (Hospital Pró-Cardíaco), Alexandre M. Valença (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Antonio E. Nardi (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Ansiedade, Depressão, Doenças cardiovasculares

Introdução: Pacientes chegando à unidade de emergência (UE) podem apresentar transtorno psiquiátrico, isolado ou associado à doença principal, particularmente ansiedade ou depressão. Estes pacientes, quando não diagnosticados e convenientemente tratados, tendem à cronificação de seus sintomas, com repetida busca por atendimento clínico. Estudos recentes mostram uso excessivo e dispendioso de recursos médicos por parte desses pacientes que apresentam escores de ansiedade e depressão elevados. **Objetivos:** O objetivo do estudo é estimar a prevalência de ansiedade e depressão em UE cardiológica. **Metodologia:** Foram avaliados 130 pacientes na UE de um hospital terciário durante o período de maio/2006 a ago/2007. Os pacientes com dor torácica (DT) foram avaliados por um protocolo sistematizado visando excluir o diagnóstico de síndrome coronariana aguda e doenças potencialmente fatais como síndrome aórtica aguda e embolia pulmonar. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) não contém perguntas sobre sintomas somáticos, e é utilizada em pesquisas com pacientes com doenças físicas. A HADS foi aplicada pela equipe de médicos e enfermeiros da unidade e foi preenchida pelos pacientes durante sua permanência na UE. De acordo com os autores da escala, foram considerados “provável caso” de ansiedade ou depressão pacientes com 8 ou mais pontos. **Resultados:** A aplicação da escala foi considerada fácil pela equipe da unidade. Dos 130 pacientes estudados, 43 (33%) deles receberam diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA). Neste grupo, foi observada existência de ansiedade em 34,8% e depressão em 27,9%. Um grupo de 71 pacientes, 54,6% da amostra total, não apresentou síndrome coronariana aguda (NSCA) ou outro diagnóstico para a dor torácica. Este grupo apresentou média de escores de ansiedade de 8,20 pontos (DP: 4,50) e a de depressão 4,70 pontos (DP: 3,82). Ao todo, 53,5% eram casos prováveis de ansiedade e 25,3% de depressão. **Conclusão:** Os resultados de nosso estudo permitem afirmar que entre os indivíduos que procuraram a Unidade de Emergência com queixa de dor torácica, 54,6% deles (71/130) receberiam alta apenas com a informação de que “não eram portadores de síndrome coronariana aguda – ou qualquer outra doença de risco”, caso o HADS não fosse aplicado. Neste grupo de pacientes, 53,5% deles eram casos de provável transtorno de ansiedade e 25,3% provável transtorno depressivo. A HADS, na avaliação de ansiedade e depressão, é um método prático e aplicável nas UE, inclusive em pacientes admitidos com DT. A elevada prevalência de ansiedade e depressão pode indicar a necessidade de uma abordagem precoce e especializada destes transtornos.

Apoio Financeiro: CNPq, INCT-Translational Medicine

6.4 HABILIDADES SOCIAIS: HÁ DIFERENÇAS ENTRE FÓBICOS SOCIAIS E CONTROLES EM ESTUDOS EXPERIMENTAIS?

Michelle Levitan, Leandro Marchetti Bruno, Daniele Lauriano Pastore, Antonio Egidio Nardi (INCT Translational Medicine, Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Fobia social, Habilidades Sociais, *Performance Social*

A fobia social (FS) é caracterizada por um medo acentuado e persistente do indivíduo em ser visto comportando-se de maneira humilhante em alguma situação social por meio da demonstração de ansiedade ou de desempenho inadequado. As hipóteses etiológicas da FS mais influentes são a teoria cognitiva, na qual os pensamentos catastróficos sobre a interação social estariam por trás da ansiedade e evitação e do déficit em habilidades sociais (DHS), onde a ausência de um repertório adequado de HS não permitiria que o sujeito se adaptasse às demandas sociais. Neste campo de pesquisa, alguns autores aventam a hipótese de que na prática, há pouca diferença comportamental entre pessoas com e sem FS. Desta forma, elas se comportariam de maneira bastante similar frente a situações interacionais, e a possível diferenciação entre elas estaria associada ao processamento cognitivo distorcido, no qual se percebem como inaptas e o outro como ameaçador. O método de avaliação experimental do comportamento social vem sendo utilizado em grande parte dos estudos de FS, e caracteriza-se pela observação da performance social do indivíduo em situações cotidianas como discursar para uma platéia ou interagir com o sexo oposto. Esta situação é filmada e julgada posteriormente por avaliadores cegos ao grupo que está sendo observado (FS ou controle). São avaliadas nesta interação HS moleculares como tom de voz, gesticulação e ainda medidas específicas de HS moleculares, como número de pausas e latências na fala e desvios no olhar, através de programa de computador especializado. Na pesquisa ainda em andamento pelo Laboratório de Pânico e Respiração e a Universidade Paulista de Ribeirão Preto, foram avaliados até o momento 20 pacientes com FS e 20 controles. Na maioria dos experimentos observados até o momento, foram aplicadas escalas de medos e evitação social, diferenciando em uma população de estudantes, pessoas com nenhuma, pouca e muita ansiedade social. No nosso estudo, optamos por incluir pacientes com diagnóstico de FS, realizado através do MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, versão 5.0) o que possivelmente possibilita se aproximar mais dos pacientes fóbicos sociais que procuram tratamento, nos permitindo compreender melhor as manifestações e limitações da FS. Poucos estudos utilizaram esta mesma metodologia, possivelmente devido à limitação de se recrutar pacientes diagnosticados. Os dados preliminares, ainda sob tratamento estatístico, apontam para um maior número de desvios no olhar e menor fluência na fala entre os fóbicos sociais. Além disso, a gesticulação e o quão confortáveis os pacientes ficaram frente à platéia foram de uma qualidade pior do que o grupo controle. Apesar de alguns dados apontarem para uma pior performance entre os participantes com FS, resultados mais conclusivos estarão disponíveis quando uma melhor análise estatística for realizada entre os dados. A expectativa é de que o número de avaliados ao final do estudo, em agosto, seja de 30 participantes.

Apoio Financeiro: Bolsa CAPES nível mestrado, CNPq, INCT-Translational Medicine

7. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS E TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Coordenadora: Raquel Menezes Gonçalves (UFRJ)

7.1 NEUROBIOLOGIA E TCC: COMO UTILIZAR A INTERDISCIPLINARIDADE NO TRATAMENTO DO TEPT

Autores: Raquel Menezes Gonçalves (Instituto de psicologia – IP/UFRJ; Instituto de psiquiatria da UFRJ – IPUB/UFRJ), Ana Cristina Lages Correa, Ivan Figueira, Eliana Volchan, Gabriela Guerra Leal de Souza, Ana Carolina Ferraz Mendonça de Souza, Paula Ventura.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, Transtorno de estresse pós-traumático, parâmetros biológicos, revisão sistemática.

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) acomete vítimas de eventos traumáticos que, passado um mês do acontecimento, continuam apresentando sintomas de revivescência, evitação e excitabilidade aumentada. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada o tratamento de escolha para o TEPT. Contudo, o número de pacientes não-respondentes à terapia pode chegar a 50%. Portanto, ainda há necessidade de aprimoramento do tratamento. Para isso, a utilização de biomarcadores pode ser útil tanto na possibilidade de utilizá-los na verificação do modo de ação da terapia no organismo quanto na avaliação da eficácia da TCC de modo mais objetivo. Dessa forma, a elaboração ou aprimoramento de técnicas que ajam de modo mais direto nesses biomarcadores poderia ser realizado, assim como haveria maior confiabilidade na avaliação da eficácia da TCC. Este trabalho objetivou fazer uma revisão sistemática de literatura sobre a avaliação da eficácia da TCC para o tratamento do TEPT através de medidas biológicas. Para tal, foi realizada uma pesquisa em 13 de julho de 2009 nas bases ISI, PUBMED e PILOTS com a combinação de resultados da busca de palavras-chave para TCC, TEPT e biomarcadores (incluindo alguns biomarcadores já observados no TEPT), sendo os critérios de inclusão na pesquisa a utilização de técnicas de TCC, de parâmetros biológicos para avaliação da eficácia da terapia e o preenchimento de critérios diagnósticos para TEPT por parte dos participantes que passaram pela intervenção. Como critério de exclusão, determinou-se que estudos que utilizaram técnicas de outras abordagens terapêuticas não entrariam na revisão. Foram pesquisadas também as referências bibliográficas dos artigos selecionados e artigos que citavam esses estudos, a fim de incluir publicações que pudessem não ter sido selecionadas pelas palavras-chave escolhidas. Foram selecionados 27 artigos para a revisão que utilizaram os seguintes parâmetros para avaliação da eficácia: eletromiografia (3), áreas cerebrais (5), condutância da pele (5), pressão arterial (1), variabilidade de frequência cardíaca (1), frequência cardíaca (13), cortisol (6) e outras variáveis neuroendócrinas (2). Observou-se que a TCC foi eficaz na grande maioria dos estudos. Apenas 11 estudos foram controlados, o que mostra a necessidade de replicação dos resultados. A técnica de TCC mais utilizada foi exposição, em sua maioria a exposição imaginária. As variáveis biológicas foram modificadas, acompanhando a resposta à terapia. Observou-se também tendência ao crescimento no número desses estudos ao longo dos últimos anos. Limitações de ordem metodológica dos artigos e os diferentes procedimentos utilizados dificultam a generalização dos resultados. Até onde se sabe, esse é a primeira revisão sistemática sobre o tema.

Apoio: CNPq e FAPERJ

7.2 AVALIAÇÃO PSICOFISIOLÓGICA E PSICOMÉTRICA EM UM PACIENTE RESISTENTE À MEDICAÇÃO COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) E SINTOMAS DISSOCIATIVOS.

Paula Ventura, Ana Lúcia Pedrozo, Ana Cristina Lages, Raquel Gonçalves (Instituto de Psicologia e Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ)

Palavras-chave: TEPT, dissociação, psicofisiologia

Estudos mostram alterações orgânicas crônicas em pacientes com TEPT, como níveis dos hormônios cortisol e *dehydroepiandrosterona* (DHEA). Uma vez que há evidências que a TCC é eficaz e pode promover mudanças neurobiológicas, estes hormônios possivelmente voltam aos seus padrões normais após tratamento cognitivo-comportamental bem sucedido. O objetivo deste trabalho é relatar o de caso de um paciente com diagnóstico de TEPT resistente à medicação e presença de sintomas dissociativos, tratado por um protocolo de TCC. Foram realizadas 16 sessões de terapia principal e 48 sessões de co-terapia. Para avaliar o impacto da TCC sobre o paciente, foram feitas avaliações psicométrica e psicofisiológica antes da terapia, cada mês e após a terapia. A terapia principal empregou as seguintes técnicas: psicoeducação, reestruturação cognitiva e exposição imaginária. A co-terapia utilizou técnicas de manejo de ansiedade, exposição imaginária e *in vivo*. Foram avaliados sintomas de depressão, ansiedade, dissociação e TEPT; os níveis de resiliência, apoio social e afeto positivo e negativo. Para tanto, administramos o Inventário Beck de Depressão (BDI), o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Escala de experiências dissociativas (DES), *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C), *Ego Resiliency Scale* (ER89), e *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS). A avaliação psicofisiológica foi feita em estado basal, através de coleta de saliva. Os seguintes parâmetros foram incluídos: os hormônios cortisol e DHEA. O evento traumático do paciente em questão foi o testemunho de um suicídio: uma mulher se jogou da passarela na frente do ônibus que dirigia, ficando sob a roda com os órgãos expostos e o tronco cortado. Teve sentimentos de culpa, raiva e nervosismo; apresentou hiperativação autonômica. Começou a apresentar sintomas dissociativos, irritabilidade, pesadelos, tristeza e perda de prazer. Sentia-se alerta e sobressaltado, achando que algo ruim poderia acontecer a qualquer momento. Apresentava alucinações visuais e auditivas com a mulher que morreu. O paciente havia sido medicado com diversos antidepressivos em doses altas sem obter melhora: paroxetina até 60 mg/dia e venlafaxina até 375 mg/dia. Devido à ausência de resposta do TEPT ao tratamento farmacológico, indicou-se a associação à TCC. Ao fim da terapia, observou-se diminuição da ansiedade e de comportamentos evitativos. Conversa sobre o trauma com as pessoas, o que lhe causava desconforto. Contudo, os pesadelos persistiram. As escalas que avaliam aspectos negativos, como BAI, BDI, PCL-C, CGI – gravidade, PANAS-afeto negativo e DES mostram reduções em seus *scores*, ao passo que as escalas que quantificam aspectos positivos, como ER89 e PANAS-afeto positivo, mostram aumento nas suas pontuações, comparando-se os resultados pré-TCC e pós-TCC. Os sintomas dissociativos reduziram-se ao longo da psicoterapia a níveis subclínicos, apesar de não constituírem foco do tratamento. A boa resposta deste paciente ao tratamento psicoterápico foi acompanhada por pequeno aumento no nível de cortisol e por resultados positivos nas escalas administradas. Os níveis de DHEA se mantiveram ao longo da terapia. O acréscimo da TCC ao tratamento farmacológico potencializou a remissão dos sintomas de TEPT do paciente, pois o mesmo não havia apresentado melhora sob tratamento unicamente farmacológico.

Apoio financeiro: FAPERJ, CNPq

7.3 FATORES PSICBIOLÓGICOS DE RISCO E PROTEÇÃO NO TEPT: IMPLICAÇÕES PARA ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Tânia Fagundes Macedo; Raquel Menezes Gonçalves; Ana Cristina Lages Correa; Ana Lúcia Pedrozo Martins; Helga Tavares Rodrigues; Maria Pia Coimbra; Ivan Figueira; Paula Rui Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Palavras chaves: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Terapia Cognitivo-Comportamental; Resiliência

Em geral, as pessoas são expostas a pelo menos um evento traumático durante suas vidas. Embora o trauma possa aumentar o risco de transtornos psiquiátricos, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), muitos indivíduos não desenvolvem nenhum transtorno e outros se recuperam após um período sintomático. A resiliência refere-se ao processo de superação de adversidades. O aumento do nosso entendimento das características psicológicas e biológicas associadas à resiliência pode nos ajudar a traçar estratégias de prevenção e tratamento para indivíduos expostos a situações traumáticas. O presente trabalho tem como objetivos discutir os fatores psicobiológicos de risco e proteção para o desenvolvimento do TEPT; e elucidar o papel da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) como promotora de resiliência. Foi realizada busca eletrônica nas seguintes bases bibliográficas: *Pubmed*, *Psychoinfo* e *Web of Science*. Gravidade, duração e proximidade da pessoa ao evento traumático; transtornos psiquiátricos pré-existent; história familiar de transtornos psiquiátricos; trauma na infância; ameaça de vida percebida; falta de apoio social após o trauma; resposta emocional peritraumática; dissociação peritraumática; estresse adicional; gênero; idade; etnia; e educação foram identificados como fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT. No que tange aos fatores de proteção, foi visto que os fatores de resiliência podem prevenir o desenvolvimento do TEPT. Entre eles destacam-se as emoções positivas, como o otimismo e o bom humor; a flexibilidade cognitiva; o estilo de enfrentamento ativo; o apoio social percebido; a competência social; o senso de propósito de vida; e a espiritualidade. Há uma variedade de fortes candidatos a “marcadores” biológicos do TEPT. Indivíduos com TEPT demonstram diferenças em medidas neuroendócrinas, neuroquímicas, psicofisiológicas e neuroanatômicas quando comparados a indivíduos expostos a situações traumáticas que não desenvolveram TEPT e a indivíduos não expostos. A literatura aponta para alterações no funcionamento do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA). Hormônios como o cortisol e a dehidroepiandrosterona (DHEA), que são secretados pelo eixo HPA, tem sido associados à sintomatologia do TEPT. Entretanto, os dados destes estudos quanto aos níveis desses hormônios em pacientes com TEPT ainda se mostram contraditórios. O DHEA tem efeitos antiglicocorticóides no cérebro, sendo considerado um biomarcador de resiliência. A variabilidade da frequência cardíaca, que constitui um suposto fator de proteção, encontra-se baixa em indivíduos com TEPT. Vários estudos transversais tem demonstrado redução do volume hipocampal no TEPT, mas ainda não está claro se esta redução é preexistente ou se é vista em decorrência de danos ocorridos após o trauma. Diversos estudos apontam que a TCC pode potencializar atributos psicológicos associados à resiliência, aumentando o otimismo e facilitando a reavaliação de eventos traumáticos. Assim, estratégias de prevenção e tratamento precisam ser desenvolvidas, para que o sofrimento causado pelo impacto emocional dos eventos adversos seja atenuado e para que os indivíduos aumentem seu grau de resiliência. O presente estudo sugere, portanto, que a TCC é uma forma de psicoterapia que pode auxiliar no desenvolvimento de fatores de proteção contra os diversos tipos de psicopatologias, como o TEPT.

Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ

7.4 A NEUROBIOLOGIA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO DURANTE A REVIVESCÊNCIA DO TRAUMA

Gabriela Guerra Leal de Souza, Carlos Eduardo Norte, Camila Martins Franklin, Thaís de Medeiros Gameiro, Vanessa da Rocha Rego, Ana Carolina Ferraz Mendonça de Souza, Carla Marques Portella, Adriana Fiszman, Mauro Vitor Mendlowicz, Ivan Figueira, Eliane Volchan. (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Palavras-chaves: reatividade, fisiologia, TEPT.

A exposição a eventos traumáticos violentos envolvendo risco de vida pode desencadear um processo de “desregulação” emocional patológico. O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) já há muito tempo reconhecido como uma consequência negativa das guerras vem sendo cada vez mais observado em populações civis. Isto está relacionado ao aumento crescente da violência social como seqüestros, assaltos, estupros e acidentes de trânsito, principalmente nas grandes cidades. Os achados de que indivíduos com TEPT apresentam respostas psicofisiológicas aumentadas à exposição de estímulos relacionadas ao trauma comparados a indivíduos sem TEPT, levaram à inclusão da “reatividade fisiológica” como um dos sintomas de revivescência necessários para o diagnóstico do transtorno. Diversos trabalhos têm utilizado ruídos que geram respostas de sobressalto; sons, fotos ou vídeos que contenham estímulos relacionados com ao trauma para investigar a reatividade fisiológica em pacientes com TEPT. Um dos contextos que mais consistentemente altera as respostas fisiológicas em pacientes com TEPT (em relação a controles) é o roteiro personalizado que consiste da narração do evento traumático vivenciado pela pessoa. Durante a exposição ao roteiro personalizado, os pacientes apresentam aumento da atividade simpática ocasionando elevação da frequência cardíaca, da pressão arterial e da sudorese da pele em relação aos controles. Além disso, ocorre diminuição da atividade parassimpática evidenciada pela diminuição marcante da variabilidade da frequência cardíaca. O aumento da reatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), evidenciado pelo aumento da liberação de cortisol ao estresse agudo, é menos consistente neste paradigma. Esses resultados sugerem que pacientes com TEPT possuem atividade alterada do eixo HPA e do sistema nervoso autônomo em resposta a estímulos que os façam lembrar o trauma. Estudos que investigaram a atividade cerebral durante a exposição ao roteiro traumático encontram redução da atividade cerebral do córtex pré-frontal medial e do cíngulo anterior e aumento da atividade da amígdala e do córtex insular nos pacientes com TEPT em relação aos controles. Os resultados de hipoatividade cortical podem refletir uma disfuncionalidade nas estruturas corticais relacionadas à regulação das respostas emocionais e aos processos de extinção do medo condicionado. Já os achados de hiperresponsividade da amígdala, pode indicar maior processamento de estímulos novos, aversivos e condicionados. Visto que estas regiões são intensamente interconectadas, a falha das estruturas regulatórias em modular a atividade da amígdala pode contribuir para as respostas emocionais aumentadas encontradas nos pacientes com TEPT. Conclui-se que a melhor compreensão dos mecanismos neurobiológicos durante a revivescência do trauma poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias psicoterápicas e farmacológicas mais eficazes para a prevenção e tratamento deste transtorno e de suas seqüelas.

Financiamentos: FAPERJ, CNPq, CAPES, FINEP e CNC.

8. TCC COMO TERAPIA NEXT-STEP PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE RESISTENTES À MEDICAÇÃO

Coordenadora: Ana Lúcia Pedrozo (UFRJ)

8.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TRANSTORNO DE PÂNICO, TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Mariana Pires da Luz (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: transtornos de ansiedade, psicofarmacologia, antidepressivos.

O transtorno do pânico (TP), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) são considerados transtornos de ansiedade pelas classificações diagnósticas atuais. O tratamento farmacológico destes transtornos depende do tipo de transtorno apresentado, presença ou não de comorbidades psiquiátricas, associação com doenças clínicas e características individuais dos pacientes. O TP é caracterizado por ataques de pânico súbitos e inesperados, com intensos sintomas físicos associados aos sintomas psíquicos de nervosismo, ansiedade e “medo de morrer ou de perder o controle”. Posteriormente, há o medo de desenvolver novos episódios e muitas vezes a limitação das atividades diárias devido a este receio. O tratamento farmacológico do TP é feito basicamente com antidepressivos. Muitas vezes necessita-se da associação com ansiolíticos. O TOC é um transtorno potencialmente grave, com sintomas obsessivos (pensamentos desagradáveis e recorrentes) e compulsivos (atos repetitivos visando diminuir a ansiedade causada por pensamentos obsessivos). É um transtorno limitante e necessita de tratamento farmacológico na grande maioria dos casos. Os antidepressivos são as medicações principais para seu tratamento. A associação com outras classes de medicações (como ansiolíticos e neurolépticos) é muito freqüente e muitas vezes essencial para o adequado controle dos sintomas. O TEPT é um transtorno psiquiátrico relativamente comum, que ocorre após um evento traumático vivido pelo indivíduo com intenso medo, horror ou impotência. Os sintomas principais são a revivescência (lembranças vívidas, sensação de reviver a situação traumática, pesadelos), a evitação (evitar falar sobre o assunto, evitar lugares, pessoas ou situações que lembrem o trauma), a hiperestimulação (sensação constante de alerta, irritabilidade, sobressalto exacerbado) e o distanciamento emocional (dificuldade de sentir emoções ou sentimentos, isolamento). Este transtorno geralmente é tratado com antidepressivos, e associações com outras classes de medicações são freqüentes, incluindo neurolépticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e até anti-hipertensivos. Os antidepressivos mais comumente utilizados são os inibidores seletivos de recaptação de serotonina. Estas medicações foram inicialmente estudadas e utilizadas para o tratamento da depressão. Posteriormente, esta classe de medicamentos mostrou-se eficaz no tratamento de inúmeros transtornos psiquiátricos. Apesar disso, o nome “antidepressivo” permaneceu. Outras classes de antidepressivos, como os tricíclicos e os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina são também prescritos com freqüência no tratamento destes transtornos de ansiedade, de acordo com as necessidades individuais dos pacientes e com a resposta prévia a outros tratamentos. Em suma, o tratamento do TP, TOC e TEPT é realizado com base nos antidepressivos. As associações com outras classes de medicações são freqüentes, dependendo do perfil do paciente, tipo de transtornos associados, possíveis efeitos colaterais e principalmente com a gravidade dos sintomas. O acompanhamento médico é essencial e a duração do tratamento é variável.

8.2 TCC COMO PROPOSTA DE *NEXT-STEP* PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE RESISTENTES A TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.

Helga Tavares Rodrigues; Ana Lúcia Pedrozo Martins; Maria Pia Coimbra; Tânia Fagundes Macedo; Raquel Menezes Gonçalves; Ana Cristina Lages Correa; Paula Rui Ventura; Ivan Figueira; Evandro Coutinho (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras chaves: Transtornos de ansiedade; terapia cognitivo-comportamental; *nex-step*

Os transtornos de ansiedade têm alta prevalência na população. Trazem prejuízos significativos na vida dos pacientes, que quando não tratados, permanecem, muitas vezes, sintomáticos ao longo da vida. Com frequência, os pacientes acometidos por sintomas de ansiedade, procuram psiquiatras com o objetivo de obter tratamento farmacológico para alívio dos sintomas. Apesar de existirem medicamentos com altas taxas de eficácia, muitos pacientes, mesmo sendo medicados com doses e tempo adequados, permanecem com sintomas residuais e/ou apresentam efeitos colaterais significativos. Nesse sentido, coloca-se a questão de qual seria a conduta seguinte quando os pacientes permanecem sintomáticos apesar de terem recebido tratamento farmacológico adequado. Apresentaremos a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como proposta de *next-step* para o tratamento de transtornos de ansiedade, em especial: pânico, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A TCC é comprovadamente eficaz para o tratamento de transtornos de ansiedade, sendo, em muitos casos, o tratamento de primeira escolha como, por exemplo, no TEPT. Porém, na prática clínica, os psicofármacos acabam sendo os tratamentos de primeira escolha, possivelmente em função do número reduzido de psicólogos especializados e de maior disponibilidade de psicofármacos. A TCC como *next-step* apresenta vantagens, como ausência de efeitos colaterais típicos dos tratamentos medicamentosos. O objetivo desse trabalho é proceder a uma revisão sistemática de estudos com pacientes com transtornos de ansiedade que, após passarem por tratamento farmacológico e permanecerem sintomáticos, foram considerados resistentes e submetidos a tratamentos com protocolos de TCC. As bases de estudos utilizadas para a revisão foram: ISI, Pilots e PubMed. Foram selecionados 11 estudos que correspondiam aos critérios estabelecidos. Estudos de revisão foram excluídos, assim como estudos com crianças. Foram incluídos estudos com Pânico (4), TEPT (3) e TOC (4), com algumas comorbidades. Os critérios de resistência eram diferentes nos estudos e alguns permaneciam com medicação ao longo do protocolo de TCC. Serão discutidos os aspectos metodológicos dos artigos revisados, bem como a heterogeneidade presente em conceitos como remissão total, remissão parcial, resistência e refratariedade dos transtornos de ansiedade aos tratamentos em geral. A TCC mostrou eficácia como tratamento adicional (*next-step*) em todos os estudos encontrados. Os resultados da revisão serão apresentados, bem como discussões relevantes sobre o tema.

Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ

8.3 RELAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE APOIO SOCIAL E TRANSTORNOS ANSIOSOS.

Maria Pia Coimbra, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras chaves: Apoio Social, Transtorno de Ansiedade e Qualidade de Vida.

O termo apoio social é considerado como “qualquer informação, falada ou não, ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas, com os quais teríamos contato sistemático, que resultam em efeitos emocionais e comportamentos positivos”. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras. O apoio social pode ser dividido em quatro categorias: apoio emocional que é referente a ajuda emocional, tais como carinho, afeto, estima, valor, empatia, etc; o apoio instrumental, referente ao auxílio financeiro, tempo dedicado e disponibilização de recursos, bens, e serviços, etc; o apoio de reforço que refere-se às expressões e sentimentos de reconhecimento; o apoio informativo está relacionado às sugestões, informações, conselhos e opiniões. Também pode ser encontrada na literatura a definição de apoio social funcional que se refere à qualidade dos recursos disponíveis e como o indivíduo percebe a relação com esses recursos. O apoio social é algo que deve ser estudado por sua relação com momentos estressantes da vida dos indivíduos, observando-se o seu envolvimento durante o desenvolvimento e manutenção de transtornos psicológicos. Estudos também apontam que a percepção positiva do apoio social nas relações pessoais é negativamente associada com a probabilidade de desenvolvimento de transtornos de ansiedade na vida de um indivíduo. O objetivo do presente trabalho é investigar a presença e a influência do apoio social no desenvolvimento e remissão dos sintomas de transtornos ansiosos. Para tal foi realizada pesquisa nas bases ISI e Pubmed com as palavras chave: apoio social, transtorno de ansiedade, resultado de tratamento e qualidade de vida. A relação entre apoio social e TEPT chama atenção, já que diversos estudos apontam o apoio social como um fator de proteção contra o desenvolvimento de TEPT, assim como a falta deste tipo de apoio aumenta a probabilidade para o desenvolvimento de TEPT. Pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) recebem pouco apoio social quando ficam doentes. Indivíduos com Transtorno de Pânico (TP) têm o apoio social diminuído devido aos sintomas do transtorno como os sintomas de evitação aos estímulos desencadeadores do ataque de pânico. Já outros pesquisadores apontam para fato de o envolvimento de um co-terapeuta no tratamento de um paciente com TP pode auxiliar no tratamento já que aumenta a sua rede de apoio social.

Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ

8.4. RESULTADOS DE UM PROTOCOLO DE TCC PARA TRATAMENTO DO TEPT EM PACIENTES RESISTENTES À MEDICAÇÃO

Ana Lúcia Pedrozo, Paula Ventura, Ana Cristina Lages, Maria Pia Coimbra, Narahyana Araujo, Tânia Macedo, Raquel Gonçalves, Carla Marques, Ivan Figueira, Evandro Coutinho, Mauro Mendlowicz, William Berger (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras chaves: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Terapia cognitivo-comportamental, resistência à tratamento.

O TEPT se desenvolve a partir de um evento traumático. Os sintomas físicos, emocionais e comportamentais, levam a pessoa a reviver, frequentemente, todo sofrimento psicológico da experiência traumática. Sua gravidade acarreta prejuízos nos aspectos sociais, familiares e profissionais, tornando-se, muitas vezes, incapacitante. É um transtorno de difícil tratamento, muitos pacientes não respondem ou não toleram a medicação. Menos de um terço dos pacientes tratados com drogas adequadas respondem ao tratamento e somente de 20% a 30% tem remissão total dos sintomas. Mundialmente, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido o tratamento de primeira escolha para o TEPT, por eficácia comprovada. Este trabalho apresenta os resultados da administração de um protocolo de tratamento com TCC em amostra de cinco pacientes resistentes a medicação do ambulatório de TEPT do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Consta de técnicas como: Reestruturação cognitiva; Exposição Imaginária; Exposição In Vivo; Psicoeducação; Treino de Respiração Polarizada, Relaxamento Progressivo. Possui 16 sessões semanais, com 90 minutos de duração cada e sessões de co-terapia. Houve comparação com grupo controle com cinco pacientes com o mesmo perfil dos pacientes do grupo de intervenção (gênero, idade, tipo de trauma) que receberam apenas tratamento medicamentoso. A eficácia do protocolo foi avaliada pelos escores obtidos através da administração, antes e depois do tratamento, dos questionários: Inventário para o TEPT - Civil (PCL-C), o Inventário Beck de Depressão (BDI) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI). Os escores das escalas PCL-C, BAI e BDI de ambos os grupos foram submetidos à análise estatística. Resultados: as médias dos escores iniciais do PCL-C são respectivamente 62,0 e 62,4 para o grupo submetido à TCC e para o grupo controle. No caso do BAI e do BDI, observa-se que as médias iniciais eram mais baixas no grupo submetido à TCC quando comparado com o controle (BAI 29,6 e 38,8; BDI 23,8 e 35,8), sendo a significância estatística limítrofe no caso da BAI (0,09). Para o BDI, a diferença foi estatisticamente significativa (0,03). Comparação dos escores iniciais e finais mostrou que houve redução média maior no grupo submetido à TCC (PCL -16,2; BAI -12,8 e BDI -5,4) do que no grupo controle (PCL 2; BAI -3,2 e BDI -1,2). Porém, apenas no caso da PCL-C esta diferença atingiu nível limítrofe de significância estatística (PCL 0,07; BAI 0,17 e BDI 0,46). Houve melhora significativa dos sintomas em quatro dos cinco pacientes do grupo de intervenção, o que não ocorreu no grupo controle. Os dados sugerem que o programa de tratamento mostrou-se eficaz na amostra estudada. São necessários estudos futuros com amostras maiores.

Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ

9. PSICOLOGIA E MEDICINA: CONTRIBUIÇÕES DA TCC NA ATENÇÃO À SAÚDE.

Coordenadora: Cristiane Figueiredo Araújo (IEDS/RJ)

9.1. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E AS HABILIDADES SOCIAIS. Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro; pós-doutoranda da PUCCamp – Bolsista CNPq)

Palavras-chave: Habilidades sociais, relação médico-pacientes, adesão

A relação médico-paciente se mostra cada vez mais importante no tratamento de doenças de modo geral, especialmente as crônicas que exigem freqüente contato e por longo tempo. Tais doenças envolvem mudança de estilo de vida por parte do paciente e por isso as habilidades sociais do médico são constantemente demandadas. Aspectos importantes referentes aos dois lados da relação devem ser compreendidos e estimulados para que seja possível a promoção de ganhos. Quanto ao paciente espera-se uma postura ativa, motivação, disciplina, colaboração, capacidade de expressar com precisão suas queixas e aceitação. Já do médico, espera-se conhecimento técnico, boa formação, capacidade de compreender o paciente em seu relato e, importantemente, habilidades sociais. Tal habilidade vem despontando como fundamental para a adesão ao tratamento, como facilitador na colaboração do paciente, para que este se mostre acessível e se sinta seguro na relação de modo a participar ativamente no processo de tratamento. Infelizmente, verifica-se que nem sempre a habilidade social é um ponto forte no profissional que, muitas vezes, valoriza mais questões técnicas deixando de lado o aspecto relacional. Tal comportamento pode constituir-se em negligência e pode estar associado a deficiências na formação do profissional ou a déficits pessoais. Desta forma pode trazer sentimento de frustração para ambos os lados. Importante ressaltar que estudiosos da área definem as habilidades sociais como o conjunto dos desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal e que o conjunto das habilidades requeridas para relações interpessoais satisfatórias inclui diferentes classes e subclasses dentre as quais as habilidades de comunicação, assertivas, empáticas, de civilidade, de expressividade emocional, de trabalho e de expressão de sentimento positivo. As habilidades sociais incluem componentes comportamentais (verbais e não-verbais), cognitivo-afetivos e fisiológicos. As pesquisas indicam que essas habilidades podem ser aprendidas e, dependendo do estágio de desenvolvimento do indivíduo, as demandas para o seu desempenho podem variar. Do mesmo modo variam também as variáveis situacional-culturais. Considerando as características da profissão do médico, as habilidades sociais podem contribuir para satisfação dos usuários, para qualidade dos serviços de saúde e para o estado de saúde dos pacientes. Quando o médico é empático, possui capacidade de expressão e de percepção de emoções, são sensíveis à realidade do paciente, conseguem ouvir suas queixas e procuram encontrar, junto a este, formas que facilitem sua adaptação ao estilo de vida demandado pelo tipo de patologia existente, contribui de modo surpreendente para resultados efetivos, obtendo, inclusive, maior satisfação em seu trabalho. Discutir o tema no meio acadêmico é de suma importância, e não só entre psicólogos, mas, especialmente, entre médicos e durante a formação destes. É fundamental enfatizar a grandiosa contribuição que as habilidades sociais bem desenvolvidas e aplicadas no contexto da saúde podem trazer. Programas de treinamento para o desenvolvimento de habilidades sociais que envolvam informação e treinamento devem ser implementados.

9.2. STRESS E RAIVA: COMPARAÇÃO ENTRE MULHERES HIPERTENSAS E NORMOTENSAS Glória Moxotó, Lucia Emmanoel Novaes Malagris(UFRJ)

Palavras-chave: *Stress*, Raiva, Hipertensão

Raiva e *stress* estão presentes simultaneamente, na origem e manutenção de várias situações que resultam em conseqüências deletérias. Pode-se notar no cotidiano, que o *stress* excessivo é um dos fatores que mais desencadeiam raiva e que freqüentes vivências de raiva podem conduzir ao *stress*. Níveis elevados de *stress* e raiva estão relacionados à deterioração das relações humanas, tanto no âmbito conjugal, familiar e nas práticas parentais, quanto no trabalho e na vida social, resultando em um prejuízo significativo de qualidade de vida. *Stress* e raiva excessivos ao lado de outros fatores como hereditariedade, vida sedentária e nutrição inadequada, estão associados à etiologia de diversas patologias crônicas e degenerativas. A maneira pela qual a raiva é expressa, configura-se como uma variável crítica para o entendimento do papel desta emoção, em sua associação freqüente com enfermidades de curso crônico. Em decorrência disto, têm sido estudados na literatura dois estilos de expressão de raiva: para fora, ou seja, direcionada a outras pessoas e objetos do meio, ou para dentro em forma de supressão, ruminação, ressentimentos e mágoas. Tanto o *stress* quanto o estilo de expressar raiva predominantemente para dentro aparecem relacionados à diversas doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial. Esta doença apresenta grande expressividade epidemiológica em termos de saúde pública, afetando mais de 30 milhões de pessoas no Brasil e sendo simultaneamente responsável por mais de 35% dos óbitos neste país. Dado o impacto ocasionado à saúde da população, torna-se necessário conhecer as relações entre os fatores envolvidos na origem, evolução e agravamento da hipertensão arterial. O presente estudo teve como objetivo avaliar *stress* e direção de expressão de raiva entre mulheres hipertensas a partir da comparação com mulheres normotensas. Participaram da pesquisa 44 pacientes hipertensas, do Programa de Hipertensão e Diabetes do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, e 44 mulheres normotensas, sendo utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o STAXI- Inventário de Expressão de raiva como Estado e Traço. Foram encontrados os seguintes resultados: Dentre as participantes hipertensas 36 obtiveram diagnóstico de stress, sendo que 32 participantes apresentaram simultaneamente o estilo predominante de expressão de raiva para dentro. Dentre as participantes normotensas 14 obtiveram o diagnóstico de stress, sendo que quatro participantes apresentavam o estilo de raiva predominante para dentro. Os resultados confirmam os dados existentes na literatura que apontam para incidências elevadas tanto de stress quanto de raiva direcionada para dentro em indivíduos hipertensos.

9.3. TREINO DE RELAXAMENTO E RESPIRAÇÃO COMO MÉTODO DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSOS ESTRESSADOS

Livia Chicayban* (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ) e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-Chave: *Stress*; Hipertensão; Treino de Relaxamento e Respiração.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) desempenha importante fator de risco para complicações cardiovasculares e em seu desenvolvimento, manutenção e agravamento, aponta-se o *stress* emocional como fator de risco. Assim, o manejo do *stress* deve integrar o tratamento da doença. Treino de relaxamento e respiração apresenta-se como medida não-farmacológica no tratamento da HAS e no manejo do *stress*. O presente estudo avaliou índice, níveis e sintomas de *stress* e níveis de pressão arterial de hipertensos estressados a partir do Treino de Relaxamento e Respiração para Hipertensos (TRRH). Participaram da pesquisa 19 pacientes (GE= 9; GC= 10), do Programa de Hipertensão e Diabetes do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, sendo utilizados os instrumentos: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Entrevista Psicológica para Hipertensos, Protocolo do TRRH, Folha de Registro Semanal do TRRH (FRS-TRRH) e Esfigmomanômetro calibrado. GE foi submetido ao TRRH em 13 sessões de 60 min e a pressão arterial dos participantes foi aferida antes e após cada sessão. FRS-TRRH foi entregue semanalmente aos participantes do GE, para registro da frequência de realização dos exercícios de relaxamento e respiração. Os participantes do GC compareceram semanalmente para medição da pressão. ISSL foi administrado antes e após o período de 13 semanas, em toda a amostra. Verificou-se, após a intervenção, 6 participantes (31,6%) sem *stress* na amostra total; no GE, 5 (55,6%) não mais manifestavam *stress*. A frequência de indivíduos sem *stress* após o TRRH (55,6%) no GE foi significativa, comparativamente ao período pré-intervenção (100%). Entretanto, não houve redução significativa no índice de *stress* do GE, comparado ao GC. Quanto aos níveis de *stress*, antes do TRRH, havia, no GE, 6 (66,6%) participantes na fase de Resistência e 3 (33,4%) na Quase-Exaustão; após o TRRH, havia 4 (44,4%) na Resistência, não havendo redução nos níveis de *stress* deste grupo, comparado ao GC. A quantidade de sintomas de *stress* após o TRRH apresentou redução estatisticamente significativa no GE isoladamente, mas não quando comparado ao GC. Observou-se inversão na forma como os membros do GE manifestavam o *stress* antes e após o tratamento. Inicialmente, através de sintomas físicos e, ao final do tratamento, os que se mantiveram estressados, através de sintomas psicológicos de *stress*. Este fato evidencia a necessidade de incluir técnicas psicológicas em programas não-farmacológicos no tratamento da HAS. Quanto à pressão arterial, verificou-se redução significativa nos níveis de Pressão Arterial Diastólica (PAD) no GE, comparado ao GC. A Pressão Arterial Sistólica (PAS) não variou significativamente, comparada ao GC. Os resultados indicam que o TRRH foi eficaz em reduzir índice e sintomas de *stress* dos participantes do GE, analisado isoladamente, o que não ocorreu comparativamente ao GC. Uma amostra maior talvez possa fornecer resultados mais elucidativos. O TRRH apresentou eficácia no diagnóstico e sintomas de *stress* do GE; entretanto, não foi suficiente, isoladamente, como método não-farmacológico de intervenção para a HAS, em reduzir níveis de PAS do GE, comparativamente ao GC. Sugere-se que programas de intervenção não-farmacológica no tratamento da doença incluam orientação psicológica envolvendo mudança no estilo de vida.

* Apoio Financeiro: CAPES

9.4. ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL AO PACIENTE DERMATOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiane Figueiredo Araújo (Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária/RJ)

Palavras-chave: psicodermatologia, psicologia da saúde, terapia cognitivo-comportamental.

As doenças dermatológicas estão entre as afecções de saúde que mais mobilizam reações emocionais nos pacientes. Sintomas aparentes, com características muitas vezes associadas a julgamentos de contágio, falta de asseio e deformidade podem exigir do paciente dermatológico ajustes e adaptações de ordem cognitiva, afetiva e comportamental concomitantes ao tratamento médico. Os distúrbios psicodermatológicos podem ser amplamente classificados em três grupos: a) psicofisiológicos – onde existe relação etiológica com aspectos emocionais e associados ao stress; b) distúrbios psiquiátricos primários – incluem os sintomas dermatológicos conseqüentes a transtorno psiquiátrico; e c) distúrbios psiquiátricos secundários – onde a doença dermatológica é acompanhada por reações psicológicas disfuncionais. Apesar da literatura sobre o assunto ser escassa, é possível traçar algumas linhas de conduta psicoterapêutica para pacientes dermatológicos. Para ilustrar o modelo cognitivo-comportamental aplicado à dermatologia será apresentado um caso clínico de um paciente atendido ambulatorialmente para o tratamento de Ictiose. Este distúrbio hereditário, com início na infância e de curso crônico é caracterizado pelo acúmulo de grandes quantidades de escamas ou células mortas na camada superior da pele. Tal característica altera muito a pele deixando-a ressecada, escamosa, grossa e sujeita a grandes coceiras. A pele escamosa e seca é mais severa nas pernas, mas também pode comprometer os braços, a parte média do corpo e as mãos. Apesar de ser um transtorno bastante incômodo não afeta outras partes da saúde da pessoa. O caso a ser apresentado é de um paciente do sexo masculino, 32 anos, que foi encaminhado pela dermatologista ao serviço de psicologia por apresentar baixa resposta terapêutica a diversos tratamentos dermatológicos e por queixar-se de dificuldades de relacionamento social e profissional atribuídas à doença. Foi atendido durante cinco meses, em sessões individuais semanais, incluindo avaliação e tratamento. A conceituação cognitiva do paciente apontou para o forte sentimento de injustiça diante das condições da doença, associados ao pensamento de que não era possível viver uma vida com qualidade enquanto a cura não fosse encontrada. Conseqüentemente evitava envolver-se em atividades sociais e profissionais, comportando-se como uma vítima e aumentando ainda mais seu sofrimento por conta da suspensão de seus projetos de vida. Essa atitude mantinha seu humor irritadiço e depressivo, dificultando uma melhor resposta terapêutica para sua condição. A partir dessa compreensão foram propostas intervenções cognitivas e comportamentais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente, aumentar as atividades gratificantes e reduzir o stress pelo convívio constante com os sintomas de sua doença crônica.

10. AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E SUAS INTERFACES COM A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. Coordenadora: Conceição Santos Fernandes (UERJ)

10.1 BASES NEURAS DAS FUNÇÕES COGNITIVAS

Luciene de Fátima Rocinholi (PUC-Rio); J. Landeira-Fernandez, (PUC-Rio; Universidade Estácio de Sá); Helenice Charchat Fichman (PUC-Rio).

Palavras-chave: Córtex cerebral, atenção, memória

O sistema nervoso é a base da nossa capacidade de percepção, adaptação e interação com o mundo. As estruturas neurais determinam ações realizadas conscientemente pelos indivíduos, como os processos cognitivos, e também, inconscientemente como as funções vitais. Compreender o modo como a mente e o corpo interagem e a forma como a anatomia e a fisiologia do sistema nervoso afetam e são afetadas pela cognição humana, bem como entender de que maneira a organização do cérebro torna possível as atividades complexas e planejadas são importantes fatores que auxiliam psicólogos cognitivos a entender a capacidade humana de aprender, planejar, lembrar e raciocinar. A neuropsicologia se preocupa em compreender os substratos neurais que determinam e possibilitam os processos cognitivos, em entender estes processos e avaliá-los, bem como propor formas de reabilitação quando os mesmos estão alterados. O objetivo deste trabalho é reunir informações sobre as estruturas neurais que participam das funções executivas, atenção e memória, discutir como estes processos estão organizados e estabelecidos por estas estruturas, e como a neuroplasticidade pode proporcionar a reabilitação. Uma forma de compreender as bases neurais dos processos cognitivos é realizar um estudo do córtex cerebral e procurar entender as funções de seus diferentes hemisférios e lobos. O cérebro abrange dois hemisférios que cumprem papéis complementares, o esquerdo, desempenha funções de movimento e linguagem, e o direito, realiza funções de visualização espacial. Os lobos frontal, parietal, occipital e temporal apresentam funções particulares, mas são capazes de interagir. O lobo frontal está associado ao processamento motor e aos processos de pensamento superior, como o raciocínio abstrato; o lobo parietal ao processamento somatossensorial, o temporal associado à audição, o e lobo occipital ao processamento visual. O córtex cerebral apresenta áreas sensoriais, motoras e associativas, sendo as associativas responsáveis por integrar informações dos córtices sensoriais e enviá-las para o córtex motor, proporcionando a realização de comportamentos intencionais e a expressão do pensamento lógico. A reabilitação neuropsicológica das funções cognitivas se torna possível devido à plasticidade neural, estabelecida a partir de diferentes programas de reabilitação, na qual novas conexões neurais se estabelecem proporcionando a expressão das funções anteriormente perdidas. O cérebro é o órgão supremo da cognição, desta forma entender sua estrutura e funcionamento, dos níveis de organização neurais aos cerebrais, é extremamente importante para o entendimento da psicologia cognitiva e da neuropsicologia.

Apoio:FAPERJ

10.2 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: UM INSTRUMENTO A MAIS NO TRATAMENTO PSICOTERAPÊUTICO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Luciana Brooking Teresa Dias (PUC-Rio), J. Landeira-Fernandez, (PUC-Rio; Universidade Estácio de Sá); Helenice Charchat Fichman (PUC-Rio)

Palavras-chave: Neuropsicologia, avaliação, funções cognitivas.

A Avaliação Neuropsicológica é um instrumento utilizado para traçar um perfil neuropsicológico de indivíduos. Essa ferramenta é muito útil no cotidiano da prática clínica. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apresentar a avaliação neuropsicológica como um instrumento a mais no tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental. Essa avaliação pode ser feita em crianças, seja quando há alguma queixa de problema de aprendizagem, como dislexia, Transtorno de Atenção e Hiperatividade; em adultos com alguma queixa de comprometimento psicológico; e em idosos com queixa de falha de memória; entre outros aspectos. Esse instrumento permite avaliar os processos cognitivos a fim de fazer um diagnóstico diferencial, investigar o perfil cognitivo, ter um prognóstico neuropsicológico, avaliar efeito das estratégias terapêuticas, possibilitar a preservação das atividades da vida diária e manutenção da qualidade de vida, também pode ser um instrumento de prevenção de distúrbios neuropsiquiátricos, e caso seja necessário, orientar uma Reabilitação Neuropsicológica. Os domínios cognitivos avaliados são: Memória Episódica, Memória de Trabalho, Linguagem, Funções Executivas, Atenção. Em geral, os testes utilizados são os seguintes: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC), Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS), Figura Complexa de Rey, WRAML / WMS, Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT), Fluência Verbal, Teste de Trilhas (Trail), Stroop, Desempenho Escolar (para crianças), Escala Mattis para idosos, entre outros. O WISC tem como objetivo avaliar os processos cognitivos globais, através dos sub-testes verbais: Informação, Compreensão, Aritmética, Semelhanças, Dígitos, Vocabulário; e dos sub-testes de execução: Completar Figuras, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Código, Labirintos, Procurar Símbolos. A Figura de Rey fornece dados da Memória de Trabalho, Memória Episódica, Funções Executivas. O Wraml/WMS avalia a Memória Episódica, Memória de Trabalho, os sub-testes do Wraml são: Memória para Cenas, Memória para Desenhos, Aprendizagem Verbal, Memória para Estórias, Memória Visuo-Espacial, Sons e Símbolos, Memória para Sentenças, Aprendizagem Visual, Memória para Números e Letras. O RAVLT mede a Memória Episódica Anterógrada Verbal, Funções Executivas e Aprendizagem. A Fluência Verbal dá informações sobre Atenção, Linguagem, Funções Executivas; pode-se aplicar as letras FAM para crianças e FAS para adultos. O Trail também nos dá dados sobre Funções Executivas e Atenção, assim como o Stroop. Para crianças há a possibilidade ainda de se utilizar o Desempenho Escolar que avalia as capacidades fundamentais para tal desempenho, com os sub-testes de Escrita, Aritmética e Leitura. Após a avaliação é feito o Laudo, que pode ser feito de diversas maneiras, não há um padrão, em geral contém a História Clínica do sujeito, dados do Funcionamento Cognitivo Global constando a classificação de Média Superior, Média, Média Inferior, Limítrofe; são citados os dados de cada função cognitiva, Memória, Linguagem, Funções Executivas, Atenção, Desempenho Escolar; finalizando com conclusão e o encaminhamento necessário. Pode-se concluir que as informações obtidas através da Avaliação Neuropsicológica podem contribuir para um trabalho psicoterapêutico ainda mais eficaz.

Apoio: CAPES

10.3 REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: ASPECTOS TEÓRICOS E SUA INTERLOCUÇÃO COM A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Conceição Santos Fernandes (UERJ); Helenice Charchat Fichman (PUC-Rio)

Palavras-Chave: Reabilitação neuropsicológica; terapia cognitivo-comportamental, aspectos teóricos.

O objetivo do presente trabalho é trazer dados teóricos sobre o processo de Reabilitação Neuropsicológica, e discutir como se dá sua interação com a Terapia cognitivo-comportamental. A reabilitação neuropsicológica busca a adaptação do indivíduo a alguma situação disfuncional recente ou mesmo que já faz parte de sua vida. Isto se dá a partir de um exame clínico que tem como propósito descrever o funcionamento cognitivo e assim auxiliar no diagnóstico. Também é necessário entender essa disfunção em conjunto com a compreensão dos mecanismos cerebrais encontrados na normalidade e com o conceito de plasticidade neural. As técnicas da reabilitação envolvem treino cognitivo e estratégias compensatórias. O treino cognitivo é dirigido às deficiências específicas para restabelecer funções e habilidades cognitivas. Para isto, utiliza tarefas hierarquizadas do mais simples ao mais complexo, com exercícios estruturados, dentro do contexto do sujeito, e acessíveis a ele, possibilitando a volta do funcionamento de tal função cognitiva. Exemplos desse treinamento são: escrita de textos para treinar organização do pensamento; escrita de autobiografia; leitura de jornal adaptada, entre outros. Já a estratégia compensatória é voltada para compensar externamente inabilidades do indivíduo, melhorando sua participação em seu meio social, usando tarefas que possibilitam desenvolver outras formas que substituam aquela função perdida. Como exemplo pode se pensar em reorganizações de rotinas e no ambiente; orientação familiar; treinamento de uso de agenda e anotações, dentre outras. Além disso, a reabilitação vem sendo apontada como um processo dinâmico no qual o sujeito tem uma participação ativa e com isso se torna cada vez mais um programa individualizado, sendo elaborado com base nas características e dificuldades de cada paciente, bem como no seu estilo de vida. Observa-se ainda uma interlocução com a Terapia Cognitivo-Comportamental, buscando com isso, além do entendimento dos déficits neuropsicológicos, que necessitam de recuperação, a análise funcional para gerar técnicas para aprendizagem, mudanças comportamentais e observação das manifestações clínicas e diárias dessas inabilidades; a compreensão de como emoção e cognição interagem nesse comprometimento; além do raciocínio clínico da psicoterapia para o processo. A psicoterapia pode, ainda, permear a reabilitação e fazer parte do tratamento em diversas etapas, melhorando alguns quadros psicológicos comórbidos como acontece comumente com depressão, ou outras dificuldades emocionais, ou mesmo sendo uma etapa inicial da reabilitação para que a mesma possa ser implementada. Percebe-se com isso que articular esses conhecimentos se mostra necessário e eficaz. Os aspectos levantados na discussão serão ilustrados com um caso clínico.

Apoio: CAPES

10.4 UM CASO DE DIFICULDADE DE AUTO-REGULAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE FUNCIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE PLANOS DE REABILITAÇÃO.

Andreza Morais (Consultório Particular, RJ); Rosinda Martins Oliveira (Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ); Helenice Charchat Fichman (PUC-Rio).

Palavras-Chave: reabilitação cognitiva, Análise funcional, psicoterapia.

A avaliação neuropsicológica informa a respeito do padrão de funções cognitivas preservadas e comprometidas. Estas informações são insuficientes para o desenho de um plano de reabilitação, sendo necessário determinar o contexto dos comportamentos comprometidos através de análise funcional. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico discutindo as interlocuções entre avaliação e reabilitação neuropsicológica e a terapia cognitivo-comportamental. O caso HT, nove anos, cursando segunda série do ensino fundamental, foi submetido à avaliação neuropsicológica em virtude de dificuldades de aprendizagem e nível elevado de atividade. HT, filho de uma moradora de rua, com quem vivia até ser adotado, morava com a mãe adotiva em uma casa onde funciona uma ONG. Para realizar a avaliação foram examinados diferentes processos cognitivos: memória, funções executivas, atenção, percepção e linguagem. Os seguintes resultados foram obtidos: WISCIII-QI global: 103(Médio); QI Verbal: 87 (Médio Inferior); QI de Execução: 119 (Médio Superior); Índice de Compreensão Verbal: 89 (Médio Inferior); Índice de Org. perceptual: 117 (Médio Superior); Índice de Res. Distração: 93 (Média); Índice de Vel. Processamento: 104 (Média); Assimetria QI verbal - QI de execução = 32 pontos ($p < 0,05$). HT apresentou nível de funcionamento cognitivo global médio com prejuízo na capacidade de auto-regulação e no funcionamento da memória operacional. As outras funções cognitivas estavam preservadas. A leitura e escrita estavam no estágio da alfabetização. O raciocínio lógico-matemático estava preservado, mas o conhecimento dos algoritmos formais era precário. A partir da Análise Funcional (feita através do uso de teatro de fantoches e entrevistas com a mãe), mostrou a contribuição decisiva para o funcionamento familiar e da ansiedade em relação ao desconhecimento de sua origem, para as dificuldades apresentadas. Com esse entendimento optou-se por um programa de reabilitação que envolveu diretamente a mãe adotiva e mudanças nas rotinas familiares, além do esclarecimento da origem de HT e encaminhamento para psicoterapia. A fase de Reabilitação / Psicoterapia incluiu a organização de uma rotina diária (higiene pessoal, alimentação, horários para dormir e acordar, e realização das tarefas da escola), monitorização pela mãe do cumprimento de horários e atividades, organização do ambiente (ambiente para estudo). Além disso, foi abordado diretamente com o paciente, o vínculo com a leitura e a escrita, tornando-a mais prazerosa e significativa para o paciente. As atividades de reabilitação desenvolvidas com este objetivo incluíram a elaboração colaborativa, entre paciente e terapeuta, de um roteiro para uma peça que, ao final, foi encenada com fantoches, feitos também durante as sessões. A psicoterapia ocorria concomitantemente. Verificou-se um aumento da assiduidade e pontualidade na escola, redução do nível de atividade e alguma redução da ansiedade. A mãe buscou apoio escolar e a escola se empenhou para o desenvolvimento acadêmico do paciente, que obteve aprovação ao final do ano letivo. A contribuição da psicoterapia foi significativa para que se alcançassem os objetivos nas sessões de reabilitação, mostrando, com isso, uma articulação produtiva entre psicoterapia e reabilitação neuropsicológica.

11. ORIENTAÇÃO DE PAIS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenador: Priscilla Rodrigues Guilherme (GEDA / UFRJ)

11.1 EDUCAÇÃO RACIONAL E PACIFISTA – TEMPO-CHATO (TIME-OUT) E OUTRAS TÉCNICAS EDUCACIONAIS ASSERTIVAS. NIVEA MARIA MACHADO DE MELO, BERNARD PIMENTEL RANGÉ (UFRJ).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, orientação de pais, tempo-chato (time-out).

Orientar pais é auxiliá-los frente às suas dificuldades com suas crianças, orientando-os sobre procedimentos que objetivam modificar sua interação com elas para aumentar seu comportamento pró-social e diminuir seu comportamento anti-social, além de informar e esclarecer suas dúvidas quanto ao seu desenvolvimento cognitivo e emocional, ao seu transtorno, se houver, minimizar as expectativas irrealistas quanto às capacidades infantis, entre outros. Pesquisas mostram que pais de crianças agressivas geralmente são menos assertivos, mais permissivos ou coercitivos, erráticos e inconsistentes. É comum que reforcem o mal comportamento inadvertidamente e ignorem o bom comportamento. A orientação de pais pode auxiliar a diminuir os problemas de comportamento atuais e os riscos futuros de comportamento anti-social ao ensinar habilidades parentais mais assertivas e técnicas educacionais positivas, não violentas, que ajudam a promover a confiança, os comportamentos pró-sociais, habilidades de resolução de problemas e o sucesso acadêmico. Em geral o senso comum atribui à natureza agressiva do homem seus desvios comportamentais, tal atribuição é reforçada constantemente pelos estereótipos de violência social apresentados na mídia. Os pais de crianças agressivas em geral não compreendem que seu próprio estilo parental não assertivo está sendo um modelo para o comportamento agressivo delas, e acreditam que esta agressividade seja algo “natural”. Em Terapia Cognitivo-Comportamental utiliza-se, entre outros métodos, a psicoeducação e a reestruturação cognitiva para modificar este tipo de crença disfuncional sobre a criança, ajudar os pais a melhorarem suas capacidades empáticas, a lidarem com a própria raiva, otimizar a assertividade em geral, a ensinar técnicas educacionais mais assertivas e racionais, a diminuir o abuso verbal, a exposição da criança a modelos violentos e as práticas educacionais negativas, como a punição corporal. Entre as diversas técnicas educacionais assertivas, destacamos o *reforço do comportamento pró-social*, as *consequências naturais ou lógicas* ao mau comportamento, *ignorar ativamente* a birra e o *tempo-chato (time-out)* para manejar comportamentos mais agressivos. Segundo Clark (2009), “*Tempo-chato significa tempo sem recompensas, reforçamentos, atenção e atividades interessantes para a criança. Você rapidamente tira sua criança da situação reforçadora ou prazerosa em que o mau comportamento está acontecendo e coloca-a brevemente em um lugar quieto, chato, que não é reforçador nem agradável*”. O tempo-chato ajuda a diminuir a irritação, a ansiedade e os sentimentos de impotência dos pais frente aos comportamentos disruptivos da criança, pois estes têm um plano eficaz para manejá-los. Ajuda a melhorar a relação entre pais e filhos por ser uma técnica de castigo brando que é associada ao mau comportamento da criança e não a ela própria ou aos sentimentos de irritação dos pais em relação a ela. Tende a diminuir a frequência dos comportamentos mais violentos e dá aos pais e às crianças a oportunidade de ficarem brevemente separados, acalmando-se. Existem diversas pesquisas evidenciando que comportamentos violentos e anti-sociais adultos têm como um dos fatores preditivos o comprometimento do desenvolvimento socioemocional e de habilidades sociais na infância, portanto otimizar estes últimos é de importância capital.

11.2 ORIENTAÇÃO DE PAIS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.

Priscilla Rodrigues Guilherme (GEDA/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, orientação, pais.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico do desenvolvimento, crônico, que atinge cerca de quatro a 5% de crianças, sendo uma das maiores causas de busca por atendimento nos ambulatórios infanto-juvenis. É caracterizado por prejuízos na atenção, agitação e impulsividade. Apesar dos vários estudos na área, ainda hoje não é possível estabelecer uma causa precisa para o TDAH. No entanto, o papel dos fatores genéticos e ambientais já é amplamente aceito na literatura. Além das questões já citadas, a presença de dois ou mais transtornos psiquiátricos no mesmo indivíduo é extremamente relevante para a indicação adequada do tratamento e para o estabelecimento do prognóstico de um paciente. Há uma estimativa de que até 45% das crianças com TDAH apresente pelo menos um outro transtorno psiquiátrico. A co-morbidade mais freqüente com o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD). Algumas pesquisas apontam que os prejuízos do transtorno atingem não só o portador, como também sua família. As interações familiares tendem a ser muito mais negativas e estressantes para todos os membros da família quando comparados com outros contextos familiares. Os pais de crianças com TDAH se queixam que seus filhos não aceitam responsabilidades e tarefas domésticas tão bem quanto outras crianças. Eles se sentem freqüentemente bastante frustrados e angustiados por não conseguirem lidar de maneira adequada e eficiente com os seus filhos, o que leva a uma deterioração no relacionamento, e em alguns casos, uma piora no padrão de comportamento teimoso e rebelde da criança. Na clínica, são freqüentes as queixas de pais de crianças com TDAH e TOD sobre a dificuldade que apresentam em lidar com seus filhos em diversas situações como, por exemplo, fazer com que seus filhos obedeçam às regras, cumpram as tarefas, sigam horários, estudem e se organizem. Embora o tratamento prioritário seja a administração da medicação, a terapia cognitivo-comportamental pode ser uma importante coadjuvante no controle dos sintomas secundários, como a baixa auto-estima, dificuldades de relacionamento com pares, acadêmicas e as dificuldades familiares já citadas. Sendo os pais extremamente importantes na administração do tratamento dos seus filhos e na manutenção do seu progresso, este trabalho tem como objetivo fazer uma exposição das principais estratégias utilizadas na orientação de pais de crianças com TDAH dentro da terapia cognitivo-comportamental. Algumas das estratégias utilizadas incluem: psicoeducação sobre o transtorno, aplicação de técnicas de reforço positivo, reforço negativo e extinção, planejamento de atividades, sistema de pontos, modelação, divisão das tarefas em etapas, estratégias de estudo em casa, dentre outras. Para tal, também será apresentado um programa desenvolvido por Barkley de 8 passos especialmente desenvolvido para a orientação de pais. Ao final, serão expostas as dificuldades encontradas no cumprimento destas técnicas, e possíveis formas de se manejá-las dentro do consultório, assim como o que os pais não devem fazer durante o tratamento.

11.3 - ORIENTAÇÃO PARA PAIS EM CASO DE SÍNDROME DE ASPERGER INFANTIL. Andréa Jannotti Nogueira Rodrigues. (UFRJ - Rio de Janeiro - RJ)

Palavras-chave: Orientação de Pais, Síndrome de Asperger, Terapia Cognitiva Comportamental

G. 10 anos foi trazido à DPA pelos pais indicado pelo psiquiatra com suspeita de Síndrome de Asperger. Foram feitas 4 sessões de entrevistas para formulação do caso e estabelecimento de *rapport* com a criança e com os pais. Metade da sessão com os pais e a outra metade com a criança. Além disso, foi feito contato com a direção do colégio em que G. estuda para avaliar o comportamento no colégio. Através das entrevistas ficou clara a necessidade de orientação para os pais quanto ao transtorno, para ensinar técnicas de manejo do comportamento e ajuste de expectativas.

A orientação para pais foi feita em cinco sessões. Desde o início os pais se colocaram a disposição para participar das sessões, sendo em semanas alternadas com o pai, com a mãe e uma sessão com a presença do núcleo familiar completo: pai, mãe, paciente e irmã. Os pais se revezaram para trazer o filho às sessões.

A primeira sessão consistiu em devolução da formulação do caso para a mãe. Nessa sessão houve ainda, explicação do modelo Cognitivo, ajuste de expectativas com relação ao tratamento do filho e explicação sobre o tratamento. Para isso foram utilizados psicoeducação e questionamento socrático. Foi solicitado que as informações fossem repassadas ao pai. A segunda sessão foi com o pai. Foi feito um breve resumo do que ele havia entendido sobre o modelo e o tratamento e ajuste das expectativas. Foi feita uma psicoeducação sobre a Síndrome de Asperger incluindo características diagnósticas, prognóstico e papel dos pais. Como parte da psicoeducação foi indicado dois artigos e um livro para os pais lerem. A terceira sessão aconteceu com a mãe. Foi feito um breve resumo do transtorno e retirada das dúvidas. Foi ensinada a técnica de *time-out* (retirada de reforço) e levantamento dos comportamentos indesejáveis de G. para construção de um sistema de pontos. Foi importante orientar que o sistema de pontos deveria ser seguido pela irmã também. Os pais solicitaram orientação sobre como trabalhar com as diferenças entre os filhos e como lidar com o comportamento e sentimentos da filha em relação ao irmão que a envergonhava no colégio. Essa orientação foi incluída na quarta sessão e foi sugerida uma sessão com todo o núcleo familiar. A quarta sessão foi para explicar o sistema de pontos e sua construção. Além de psicoeducação sobre comportamento entre irmãos e orientações sobre como lidar com essa relação. A quinta sessão foi feita com toda a família visando à colaboração de todos para o tratamento. Para isso foram utilizados torta de responsabilidades, questionamento socrático e psicoeducação sobre aprendizagem de comportamentos. As sessões seguintes foram com G. e com parte da sessão, de 15 em 15 dias, com um dos pais para avaliação do progresso do paciente. O paciente permanece em atendimento 1 vez por semana e tem obtido bons resultados.

12. AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Coordenadora: Fernanda Coutinho (Mestranda UFRJ, Consultório particular, RJ)

12.1 A TEORIA E A PRÁTICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UM CASO DE ANSIEDADE GENERALIZADA. Fernanda Coutinho (Mestranda UFRJ, Consultório Particular – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: abordagem cognitivo-comportamental e transtorno de ansiedade generalizada.

A abordagem cognitivo-comportamental está entre os modelos de psicoterapia que vêm se consolidando ao longo das décadas e comprovando sua efetividade. Nesta linha de tratamento o paciente passa a reconhecer padrões de pensamentos distorcidos e comportamentos disfuncionais. Faz-se uso da discussão sistemática e de tarefas comportamentais que ajudam na avaliação e modificação dos pensamentos e dos comportamentos inadequados. Durante o tratamento cognitivo-comportamental a ênfase pode ser dada tanto ao comportamento quanto às cognições, podendo se valer de técnicas, ora comportamentais ora cognitivas para identificar e modificar os comportamentos e as crenças mal-adaptativas. A abordagem focalizada no comportamento vai monitorar as atividades do paciente. Estratégias como relaxamento, planejamento de atividades, dramatização de situações, distração e dessensibilização ajudam a encorajar e envolver o paciente na terapia, além de testar os pensamentos negativos. Um exemplo disto seria a aplicação da técnica de hiperventilação para examinar os pensamentos e sentimentos do paciente acerca de seus sintomas fisiológicos. Após hiperventilar o paciente é capaz de produzir os mesmos sintomas corporais de um ataque de ansiedade, e o terapeuta tem assim a possibilidade de trabalhar os pensamentos disfuncionais relacionados com o experimento. Entre os transtornos de ansiedade apresentados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, texto revisado [DSM-IV-TR] aparece o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). O TAG é um transtorno crônico de ansiedade caracterizado por preocupações imaginárias ou excessivas com sintomas somáticos (dentre eles: tensão muscular, fadiga, irritação, dificuldade de concentração e impaciência) que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo. Os indivíduos com este transtorno frequentemente apresentam histórico de ansiedade desde a adolescência. Uma característica importante é a dificuldade de se determinar quando os sintomas começaram a aparecer. A maioria dos pacientes com TAG não consegue precisar quando isso aconteceu e relatam ser por toda a vida. Para agravar, diversos pacientes consideram suas preocupações como parte da sua personalidade, acreditando que a preocupação os ajuda a evitar os acontecimentos negativos, a encontrar um melhor modo de fazer as coisas e a aumentar suas sensações de controle. Os indivíduos que apresentam esse transtorno consideram sua preocupação como parte importante de si mesmos e se questionam como seria a vida se deixassem de se preocupar. O exemplo que ilustrará essa apresentação será de uma paciente com TAG, atendida em consultório particular de abril de 2007 a dezembro de 2008, que percebia sua preocupação como um modo eficaz de evitar acontecimentos negativos. O caso é de uma estudante de pós-graduação de 24 anos que relatou estar constantemente preocupada com seus estudos e sempre havia sido aprovada nas disciplinas. Não só acreditava que se preocupando menos não seria aprovada como acreditava que os estudantes, que se preocupavam mais que ela, estavam muito melhor nos estudos. O que confirmava sua crença distorcida sobre a importância de se preocupar.

12.2 “NÃO CONSIGO MAIS IR À ESCOLA.”: UM CASO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA NA ADOLESCÊNCIA. Suzana Rodrigues (Consultório particular, RJ)

Palavras chave: transtorno de ansiedade generalizada, adolescência, diagnóstico diferencial

I. é uma adolescente de 17 anos que procurou terapia pela primeira vez aos 12 anos. Nessa época já enfrentava dificuldade em fazer amizades ou trabalhos em grupo. Sua estratégia era mudar de escola e atribuir ao lugar a responsabilidade pela sua dificuldade de adaptação. Não seguiu o tratamento adiante e anos mais tarde, aos 16 anos, concluiu que algo estava muito errado. Depois de três escolas diferentes, não conseguia mais sequer ir a uma semana inteira de aula. Quando chegou a terapia novamente, sua mãe havia decidido que a tiraria da escola “até que ficasse boa do seu problema de timidez”. Sem saber sua mãe estava lhe retirando do principal ambiente de enfrentamento. I. queixava-se de sintomas depressivos e ansiosos. Após orientações aos pais e à filha, e após também iniciado o tratamento cognitivo-comportamental, era chegada à hora de voltar às atividades de sua vida. Nesse momento, cinco meses de terapia já haviam ocorrido e I. sentia-se mais animada e disposta. Ela queria muito conseguir ir às aulas. Mas, ainda nos primeiros dias, I. enfrentou uma crise de pânico intensa no portão de entrada da escola - o que poderia fazer suspeitar de transtorno do pânico - e ficou muito receosa se o tratamento daria certo. O diagnóstico diferencial foi de suma importância nessa fase, e ao concluir que se tratava de um caso de transtorno de ansiedade generalizada, o tratamento pôde ser ajustado. Os aspectos que levaram a essa hipótese foram: perfeccionismo, idealização de sua volta, baixa tolerância a situações novas, não reclamava de medo de morrer, mas sempre medo de não conseguir realizar. Suas queixas não eram somáticas e sim de desempenho. Gostava de fazer deveres e se interessava pela escola. Sofria muito por não conseguir ir. A cognição de adolescentes ansiosos é caracterizada por esse excesso de pensamentos negativos, de distorções cognitivas - como personalização e catastrofização -, e por uma alta frequência de pensamentos de fracasso no enfrentamento das situações do dia-a-dia. Na vida social, alguns deles têm dificuldades nas relações com seus colegas, que lhes percebem como tímidos e isolados. Com relação aos problemas escolares, concluiu-se que os transtornos de ansiedade estão associados a muitos deles, dos quais os mais comuns são o medo diante de provas e o baixo rendimento. Após acerto no diagnóstico, o tratamento foi ajustado e se dividiu em três etapas: ser consciente das respostas físicas que apresenta diante de suas emoções, especificamente da ansiedade; reconhecer que suas autoverbalizações estão associadas aos sentimentos; utilizar habilidades de solução de problemas para promover sua autoverbalização e promover seu enfrentamento: avaliar-se e reforçar-se. Nessa fase também se ensina aos pais e ao adolescente a natureza do medo e da ansiedade e suas reações concomitantes.

12.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO Fernanda Ponce de Leon Arruda e Roberta Lemos Dallalana (UFRJ)

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, grupo.

O presente trabalho irá apresentar um manual de terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), sua aplicação em um grupo de pacientes da Divisão de Psicologia Aplicada (DPA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o que poderia ter sido feito para a obtenção de resultados quantitativos mais significativos. A DPA é uma clínica-escola que atende a população carente do Rio de Janeiro a preços populares. A terapia em grupo proporciona aos pacientes uma troca de experiências, o que possibilita uma identificação e colaboração entre os mesmos, que passam a trabalhar em equipe na busca do mesmo objetivo. Inicialmente, o referido grupo era composto de 5 pacientes, sendo 3 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Neste grupo, foi utilizado o manual “Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo” de Aristides Volpato Cordioli da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que é composto por 12 sessões estruturadas de terapia, com aplicação de uma escala de avaliação na primeira sessão e outra na última. O grupo se reunia uma vez por semana, durante duas horas. Estas sessões incluíram psicoeducação (esclarecendo dúvidas sobre a TCC em grupo, sobre o TOC e o modelo cognitivo) e adesão ao tratamento dos pacientes e seus familiares e manejo de técnicas para enfrentamento e prevenção de recaídas, tais como: diário de sintomas, exposição e prevenção de rituais e questionamento socrático. Ao final das 12 sessões foram feitas mais duas sessões de acompanhamento, a primeira um mês após o final do grupo e outra dois meses depois para observar como os pacientes estavam dando continuidade à terapia. Pudemos observar, por meio dos relatos dos pacientes, uma melhora qualitativa significativa, com diminuição dos sintomas e uma maior compreensão do transtorno, gerando um aumento na qualidade de vida, tanto do paciente quanto de sua família. Esta melhora pode ser vista em situações diversas como, por exemplo, no ambiente de trabalho, eventos sociais e relações interpessoais. Entretanto, quando comparamos os resultados das escalas de avaliação aplicadas no começo e no fim do tratamento, não obtivemos resultados quantitativos significativos. Pensamos que isso tenha acontecido devido ao baixo nível intelectual dos pacientes, que se refletiu em uma grande dificuldade em compreender o conteúdo das escalas. Sendo assim, concluímos que em grupos futuros, com o mesmo tipo de população, as escalas poderiam ser aplicadas individualmente, no início e no final do tratamento, com a presença de um terapeuta, que possa elaborar as questões a fim de que os pacientes consigam compreendê-las, respeitando o nível intelectual de cada um.

13. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DOS TRANSTORNOS DO HUMOR: TEORIA E PRÁTICA

Coordenação: Juliana Caversan de Barros

13.1 TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E BIPOLARES: TEORIA E PRÁTICA

Liliane de Carvalho (Centro Psicológico de Controle do Stress – Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares, Terapia Cognitivo-Comportamental

Este trabalho tem como objetivo descrever os Transtornos Depressivos e Bipolares, com base na literatura psiquiátrica, a fim de proporcionar entendimento a respeito de suas características diagnósticas, prevalência, curso, padrão familiar, dentre outros aspectos. Pretende-se também apresentar os objetivos do Tratamento Cognitivo-Comportamental para tais transtornos. Justifica-se na medida em que trata-se de desordens prevalentes, incapacitantes para o indivíduo, com altas taxas de suicídio e o conhecimento por parte dos profissionais de saúde faz-se mister para o adequado cuidado desses pacientes. Os Transtornos Depressivos se subdividem em Depressivo Maior, Distímico e Depressivo Sem Outra Especificação. O primeiro (Transtorno Depressivo Maior), conhecido como Depressão, caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, sem histórico de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos, além de o indivíduo dever apresentar pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse. A pessoa acometida por esta desordem demonstra grande sofrimento, com prejuízos em diversas áreas da vida, pois encontra-se com interesse diminuído, exigindo muito esforço para desempenhar tarefas do dia-dia. O Transtorno Distímico ou Distímia, tem como principal característica humor cronicamente deprimido, cuja ocorrência se dá na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos. Em geral os pacientes distímicos mostram-se abatidos, com discursos pessimistas e com a sensação de viverem sempre “aquém” do que poderiam. O Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação é diagnosticado quando não são satisfeitos diagnósticos para outros tipos de Transtornos Depressivos. Levando em conta a importância de crenças distorcidas na origem e manutenção dos Transtornos Depressivos, a Terapia Cognitivo-Comportamental, de modo geral, pretende possibilitar a interpretação realista pelo indivíduo dele mesmo, do outro e do mundo, contribuindo, assim, para a flexibilização do seu sistema de crenças. Em paralelo a isso, fazem-se necessárias atividades comportamentais para que o indivíduo possa, aos poucos, retomar seu ritmo. Os Transtornos Bipolares são divididos em Bipolar I, Bipolar II, Ciclotímico e Bipolar Sem Outra Especificação e correspondem aos transtornos da antiga nomenclatura “Psicose Maníaco-Depressiva”. Assim como os Transtornos Depressivos, são bastante graves, prejudicando intensamente o funcionamento adequado dos indivíduos. O diferencial do Transtorno Bipolar I em relação aos outros Transtornos Bipolares é a ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Os pacientes em mania em geral possuem auto-estima inflada, necessidade de sono diminuída, perda da inibição social, dentre outros sintomas. O Transtorno Bipolar II é marcado pela presença de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco. No Transtorno Ciclotímico existem períodos de sintomas hipomaníacos associados a períodos de sintomas depressivos, que não satisfazem critérios, tanto na questão da sintomatologia quanto de duração para Episódio Depressivo Maior. O Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação é diagnosticado quando não é preenchido diagnóstico para outros Transtornos Bipolares. A Terapia Cognitivo-Comportamental para tais casos objetiva principalmente educar sobre a doença, elaborar métodos de monitoramento a respeito da ocorrência, gravidade e curso dos episódios e auxiliar no enfrentamento de estressores.

Espera-se que este trabalho possa esclarecer e ser útil aos estudantes e profissionais da Saúde Mental.

13.2 TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA DEPRESSÃO: UM ESTUDO DE CASO

Juliana Caversan de Barros (Faculdades Integradas Maria Thereza – Niterói, RJ; Instituto Fluminense de Saúde Mental - Niterói, RJ; Centro Psicológico de Controle do Stress – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Tratamento da Depressão.

O presente estudo irá abordar o tratamento cognitivo-comportamental de um caso de depressão grave. A exposição contemplará diversos aspectos que envolvem desde a adesão do paciente à psicoterapia até os resultados positivos alcançados após a implementação das estratégias específicas da TCC para pacientes deprimidos. A importância de abordar a temática da depressão se manifesta na complexa rede que é envolvida com os prejuízos advindos desse transtorno. As limitações enfrentadas pelo paciente deprimido afetam a sua saúde física, sua vida social, seus relacionamentos afetivo e familiar, e sua produtividade. O déficit nessas áreas, por sua vez, funciona como mantenedor e agravante do quadro, o que envolve o indivíduo em uma espiral negativa cada vez mais debilitante. Permeando esse contexto encontraremos um processamento cognitivo disfuncional, marcado principalmente pela tríade cognitiva, e um sentimento de profunda baixa auto-estima, que acaba por afetar os comportamentos do paciente, traduzidos em déficit de habilidades sociais. O paciente citado nesse trabalho buscou a TCC por orientação médica e, devido à gravidade do quadro, já encontrava-se medicado. O tratamento desenvolvido englobou, inicialmente, uma avaliação criteriosa composta por entrevistas iniciais e, a partir dessas, a seleção dos inventários adequados ao perfil do paciente. As entrevistas têm como meta revelar a história de vida e o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. A formação das crenças e dos padrões comportamentais fica evidente nesse momento. Esses dados são relevantes pois revelam como o paciente desenvolveu a sua problemática atual. Apesar de a TCC ser considerada uma abordagem focada no presente, ela não desconsidera o mecanismo de aprendizado da pessoa, muito pelo contrário, ela entende e expõe que, da mesma forma que o sujeito aprendeu padrões cognitivo-comportamentais desadaptativos, ele poderá, com ajuda profissional, aprender outros mais produtivos. Os testes, além de complementarem as informações das entrevistas, servem como marcadores da evolução do tratamento; eles são aplicados preferencialmente no início e ao final do tratamento, mas podem ser também utilizados durante o processo terapêutico. Os principais testes utilizados foram: Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário de Crenças Irracionais de Ellis, Questionário de Assertividade e Inventário de Qualidade de Vida de Lipp. Após a construção da conceituação cognitiva elaborou-se o plano de tratamento específico para o paciente. Suas respostas foram satisfatórias ao longo de todo o percurso, ou seja, ele compreendeu a racionalidade da TCC, aderiu às atividades propostas e desenvolveu um novo processamento cognitivo-comportamental. Dessa forma, o estudo tem como objetivo principal destacar a eficácia da TCC como algo além de um conjunto de técnicas comprovadamente bem sucedidas, mas que conjuga: a confiança que os médicos têm nessa abordagem, transmitindo-a a seus pacientes; a combinação equilibrada com intervenções farmacológicas adequadas, promovendo a manutenção dos ganhos e a prevenção de futuras recaídas, e a boa relação terapêutica como estratégia principal para resultados satisfatórios no tratamento.

13.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO BIPOLAR: UM DIÁLOGO COM A FENOMENOLOGIA

Braz D. Werneck Filho (Stop Multiclínica – Rio de Janeiro, RJ; Instituto Fluminense de Saúde Mental - Niterói, RJ.).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Fenomenologia, Transtorno Bipolar.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem diretiva, focada na resolução de problemas. Para psicólogos ou outros profissionais de saúde que não conhecem profundamente a TCC, esta concepção pode motivar uma contra-indicação desta terapia para transtornos subjetivamente mais complexos, com necessidade de um acompanhamento mais longo. Sugere-se aqui uma aproximação com a Fenomenologia como uma forma de ratificar a importância dada pela TCC aos aspectos mais complexos da subjetividade humana, tendo como exemplo um caso de transtorno afetivo bipolar. A Fenomenologia é considerada aqui uma visão de mundo, uma atitude compreensiva, não uma outra abordagem psicoterápica. A partir de observação de que essa atitude possa se constituir em um instrumento diagnóstico, elaborou-se o que se conhece hoje como Método Fenomenológico. Assim sendo, é possível que o tratamento cognitivo-comportamental seja norteado por um método que possa otimizar a utilização das técnicas e estratégias da TCC. Como argumento para esta combinação, temos uma semelhança essencial entre a TCC e a Fenomenologia, que reside na importância dada à relação estabelecida. Por meio dessa relação, pode-se chegar às causas multifatoriais de qualquer transtorno, como apregoa a TCC, ou acessar a complexidade essencial do ser humano, como sugerido pela Fenomenologia. Sugere-se compreender o doente em suas relações estabelecidas com o mundo e com os outros para depois elaborar-se uma estratégia terapêutica. Fatores relacionais e existenciais devem ser considerados com rigor metodológico. Com isso, observa-se que a TCC e a Fenomenologia podem ter entre si uma relação de complementaridade, em nenhum momento sendo mutuamente excludentes. No caso aqui exposto foram observadas dificuldades de adesão na fase maníaca. Tais dificuldades só foram transpostas quando de uma ampliação dos limites tradicionais da TCC, dando maior importância à afetividade do que aos pensamentos e comportamentos, num primeiro instante. Na fase maníaca não foi possível qualquer intervenção que não visasse simplesmente à vinculação entre paciente e terapeuta. Com a remissão da crise, foi possível a compreensão de estratégias comportamentais, principalmente para o estabelecimento de limites, necessários até para a manutenção do vínculo. As estratégias selecionadas e utilizadas deram resultados positivos, quando a paciente estava preservada a ponto de compreender e fazer uso de tais estratégias. Como resultado, a paciente se mantém em terapia após três anos, não passou por internação nem crises graves nesse período, apresenta capacidade de avaliar seus pensamentos e se mostra consciente de que não pode deixar de usar a medicação. Por outro lado, a imaturidade continua sendo um problema para sua convivência com a família e amigos. Sua qualidade de vida, entretanto, melhorou sensivelmente desde que aderiu ao tratamento médico e ao tratamento psicológico.

14. DIVERSAS ABORDAGENS NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO.

Coordenadora: Patricia Barros (UERJ/Santa Casa de Misericórdia RJ)

14.1 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER

Patricia Barros (UERJ/Santa Casa de Misericórdia RJ)

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, Síndrome de Asperger, autismo

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem se evidenciado como uma das abordagens mais eficazes para o tratamento de diversos transtornos mentais. Na área da infância e adolescência essa afirmação também é correta. Mais recentemente, a TCC vem se consolidando no tratamento dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), classificação que contém Transtorno ou Síndrome de Asperger. O objetivo do presente estudo é o de apresentar dados empíricos que relacionem esta desordem ao seu tratamento de acordo com a abordagem da TCC. Grande parte deles tem se preocupado em formular protocolos de intervenção, mas sem ainda, apresentar resultados consistentes e com um número de participantes significativo. Em contrapartida, grande parte desses estudos foi congruente sugerindo a mesma linha de estratégias, bem como objetivos para o tratamento bastante similares. Assim, o foco desses estudos era, em sua maioria, o processo de psicoeducação do paciente, da escola e da família; as peculiaridades da conceitualização de caso em pacientes com a Síndrome de Asperger; o desenvolvimento das habilidades sociais, estratégias para manejo da raiva, da ansiedade e de comportamentos estereotipados e repetitivos que interferem no cotidiano desses pacientes. No processo de psicoeducação as principais preocupações são caracterizar os sintomas e, especialmente conscientizar pacientes, famílias e escola sobre a importância da promoção das relações sociais, da preferência por rotinas e as principais reações ao ambiente por parte desses indivíduos por causa do funcionamento deficitário nas áreas social, da linguagem e da imaginação. As conceitualizações necessitam de adaptações, uma vez que o auto-monitoramento nesses indivíduos é precário, sendo a intervenção do terapeuta decisiva. Em função dos impasses na linguagem, a estruturação desse processo é limitada e se restringe aos indivíduos de alto funcionamento cognitivo e de idade mais elevada. O desenvolvimento das habilidades sociais torna-se fundamental, uma vez que esse tema faz parte dos sintomas primários nesses transtornos. Algumas das intervenções mais utilizadas é o treinamento comportamental dessas habilidades através de ferramentas diversas, mas com o uso do reforço através de modelação e modelagem. Muitas das estratégias do tratamento são destinadas ao manejo da raiva e da ansiedade, também com a utilização preferencial de técnicas comportamentais e menos frequentemente cognitivas. Na mesma linha de intervenção, trata-se os comportamentos repetitivos, que são administrados quando causam prejuízos ao cotidiano desses indivíduos. O tratamento dessas crianças e adolescentes conta também com uma série de obstáculos. A dificuldade na interação social se torna um impasse para relação terapeuta-paciente e na motivação para o tratamento, assim como os problemas nas funções executivas dificultam a execução dos trabalhos de casa. Aspectos peculiares como estes tornam o uso da TCC nos indivíduos do espectro autista um desafio que necessita ser melhor investigado, especialmente pela novidade do tema e pelo reduzido número de pesquisas consistentes na área.

14.2 ABORDAGEM NEURO-COGNITIVA-COMPORTAMENTAL PARA AVALIAÇÃO, ORIENTAÇÃO E REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DE PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER.

Helenice Charchat Fichman. Departamento de Psicologia, PUC-RJ.

Palavras chaves: neuropsicologia, Síndrome de Asperger, teoria da mente, funções executivas

A Síndrome de Asperger consiste em um transtorno invasivo de desenvolvimento com atraso no estabelecimento no processo de interação social, linguagem não-verbal, no componente cognitivo da empatia, distúrbio na teoria da mente, inflexibilidade comportamental e interesse restrito. A Síndrome consiste um modelo clínico importante para explicar a interação da maturação do cérebro (áreas associativas terciárias), interação social (aquisição da linguagem verbal e não-verbal, comunicação), organização do comportamento e funções cognitivas (percepção visuo-espacial, atenção seletiva, funções executivas e teoria da mente). O objetivo do presente estudo consiste na descrição da abordagem neuro-cognitiva-comportamental para avaliação e intervenção de pacientes com Síndrome de Asperger. Primeiramente, os pacientes são submetidos a uma avaliação neuropsicológica que consiste na aplicação de testes e tarefas cognitivas, escalas de empatia, escalas de funções executivas, verificação da frequência de determinados comportamentos e pensamentos, jogos interativos (tabuleiro, situações sociais de enfrentamento, mídia interativa, jogos no computador), observação direta, entrevistas com familiares e profissionais da escola. Baseado nesta avaliação neuropsicológica e funcional propostas de psico-educação para família, profissionais de saúde e escola são delimitadas, bem como orientação de tratamentos específicos dependente do desenvolvimento cognitivo e comportamental do paciente com a Síndrome de Asperger. Este processo de orientação e educação é fundamental para que o número de situações sociais cresçam em qualidade e quantidade. A família e escola deve ser capaz de compreender o funcionamento do paciente e auxiliar na interpretação de situações sociais servindo de mediador para situações novas ou de conflito. A reabilitação neuropsicológica indicada em alguns casos, seria a última etapa desta proposta de intervenção. Esta terapia fundamenta-se na em estratégias de estimulação da capacidade de observação dos efeitos do seu comportamento no outro e na compreensão de situações sociais a partir da perspectiva do outro. Esta capacidade de observação depende da atenção seletiva, controle inibitório, flexibilidade do comportamento e pensamento que são ferramentas cognitivas fundamentais para o treinamento de habilidades sociais e inserção do paciente na sociedade. Além da estimulação, são realizadas estratégias compensatórias de reestruturação ambiental, mediação do outro para compreender situações sociais e treinamento de habilidades sociais diretas. As principais dificuldades observadas no tratamento destes pacientes é a comorbidade com outros distúrbios psiquiátricos, especialmente depressão, comportamento opositor e distúrbio de ansiedade (transtorno obsessivo-compulsivo). A inflexibilidade do pensamento e a dificuldade de enfrentar e compreender a novidade são barreiras importantes a serem superadas no início do tratamento. O apoio da família e da escola são fundamentais para o sucesso da intervenção e modificação do repertório comportamental e desenvolvimento cognitivo. Para ilustrar esta metodologia de avaliação e intervenção serão apresentados casos clínicos e revisão sistemática da literatura.

14.3 O USO DA ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO NOS TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO: UM ESTUDO DE CASO

Gabriela Parpinelli Bussinguer-Breder (Clínica Particular)

Palavras-chave: Análise aplicada do comportamento, Síndrome de Asperger, Transtorno Obsessivo Compulsivo

O autismo é considerado uma síndrome definida por alterações psiconeurológicas comportamentais, sociais e lingüísticas, por não ter ainda uma causa específica, que, em muitos casos, afeta a criança até seus 36 meses de vida e persiste ao longo de sua existência. Seus déficits são manifestados nas áreas de interação social, comunicação e imaginação (tríade autista), em diversas nuances, trazendo um significativo prejuízo no desenvolvimento psicossocial do portador desta síndrome; o qual é refletido na sua dificuldade de adaptação ao meio equiparada a de indivíduos neurotípicos. O tratamento para crianças do espectro autista sempre foi um desafio para os profissionais da área de saúde. Logo, o objetivo do presente trabalho foi averiguar se a Análise Aplicada do Comportamento (ABA), baseada nos pressupostos behavioristas radicais, é um método eficaz na modificação do comportamento e na ampliação do repertório de competência social de um indivíduo autista, através da prática estruturada de aprendizagem sem erro associada à troca das conseqüências, sob as quais este opera, fundamentada pelo sistema de reforçamento positivo. O caso clínico ilustrado é de um paciente com Autismo Atípico (Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação) com Transtorno Obsessivo-Compulsivo comórbido do sexo masculino, com 7 anos, filho único de pais com desordens mentais, estudante de uma escola inclusiva com auxílio de uma mediadora. Esta criança apresentava muitos comportamentos inadequados, como: estereotípias, heterolesões, instabilidade de humor, rituais, alimentação muito restrita, isolamento social, verbalizações desestruturadas, ecolalias, baixa tolerância a frustrações, padrões rígidos e restritos de comportamentos e interesses. Foram realizadas 40 sessões ao longo de 6 meses de tratamento, duas vezes por semana, com duas horas de duração cada. Após uma avaliação comportamental relacionada às habilidades pré-acadêmicas, acadêmicas, de auto-cuidados, motoras, de brincadeiras, de linguagem e sociais foi construído um programa individual para atender às suas demandas deficitárias e aprimorar as áreas que funcionavam com pouca qualidade ou sem uma função adequada; visando o desenvolvimento gradual de sua autonomia. Mediante a detecção de comportamentos-problema que precisavam ser trabalhados, alguns objetivos terapêuticos foram propostos para o seu tratamento, como: a ampliação de suas habilidades sociais; do seu repertório de vida diária; de vida prática; de brincadeiras sozinho e em grupo; estimulação de uma fala adequada, dando o modelo verbal correto; de seu desempenho cognitivo, como a sua compreensão, atenção e concentração e; uma orientação familiar contínua. Através do sistema de hierarquia de dicas combinado aos reforçadores da criança, constataram-se resultados efetivos na modelação e apreensão de novos aprendizados, que propiciaram uma maior inserção do autista no seu círculo social, por meio da construção de um repertório comportamental mais funcional. Concluímos que através da Análise Aplicada do Comportamento (ABA), o paciente apresentou ganhos gradativos nas áreas trabalhadas, como a diminuição significativa de comportamentos agressivos e estereotipados, a adequação de sua fala, a surpreendente ampliação do seu repertório

alimentar, a maior adesão às atividades lúdicas em grupo e o grande avanço do seu nível de autonomia (ou independência); equiparado às crianças de sua faixa etária. Constatamos que este método se mostrou eficaz neste atendimento tornando-o mais apto a responder de maneira mais autônoma, possibilitando uma vida mais produtiva e saudável.

15. PÓS-GRADUAÇÃO E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.

Coordenador: Bernard Rangé (UFRJ)

15.1 AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA.

André Luiz dos Santos Pereira (UFRJ); Bernard Rangé (UFRJ)

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um transtorno crônico que atinge cerca de 5,1% da população. A característica principal do transtorno é uma preocupação excessiva, que é também considerada difícil de controlar. Estudos têm apontado uma relação estreita entre as preocupações e altos níveis de intolerância à incerteza. Desta forma, pesquisadores têm buscado desenvolver protocolos de tratamento que ajudem os pacientes a se tornar mais tolerantes à incerteza e, assim, ajudá-los a diminuir a intensidade de suas preocupações. O presente estudo teve como objetivo, avaliar a efetividade de um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para o TAG que possui como foco principal a diminuição da intolerância à incerteza, associada também a técnicas de relaxamento. O protocolo é composto por doze sessões de terapia que ocorrem uma vez por semana. Participaram da pesquisa onze pacientes que procuraram a Divisão de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro para tratamento psicológico. Os resultados indicam que o tratamento contribuiu para redução dos níveis de preocupação dos participantes. Dos 10 instrumentos de avaliação utilizados, em 6 deles, foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa entre os escores pré e pós-tratamento. Quando contabilizados apenas os participantes com nível superior, foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa em 8 instrumentos de avaliação. A análise qualitativa dos dados aponta que a maioria dos participantes da pesquisa sentia-se melhor no final do tratamento e destacava as técnicas de relaxamento como uma das mais úteis. Esta pesquisa possui algumas limitações devido ao pequeno número de participantes e falta de um grupo controle. Entretanto, os resultados encontrados são promissores e vão ao encontro de outros estudos sobre tratamento do TAG, onde o foco na intolerância à incerteza exerce um impacto positivo no resultado do tratamento. Novas pesquisas poderão elucidar a importância da inclusão do relaxamento aplicado no protocolo de tratamento do TAG. Neste estudo, a inclusão deste componente indicou um efeito importante nos resultados encontrados.

15.2 TREINAMENTO DE PSICÓLOGOS VIA WEB NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL VENCENDO O PÂNICO

Angélica Gurjão Borba, Bernard Pimentel Rangé e Rodolfo Ribas (UFRJ); Marcos da Fonseca Elia (Núcleo de Computação Eletrônica da UFRJ).

Palavras-chave: Transtorno de Pânico e Agorafobia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Protocolo de Tratamento Estruturado em 8 sessões.

O Transtorno de Pânico (TP) e a Agorafobia (AGO) estão entre os Transtornos de Ansiedade mais incapacitantes e ocorrem numa prevalência de 2,5% e 12%, respectivamente. Apenas na cidade do Rio de Janeiro mais de 400.000 pessoas estariam sofrendo com TP. Para o tratamento destes quadros tem sido apontada a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com número reduzido de sessões, chegando até 90% de eficácia. Em 1998, baseando-se em pesquisas mundiais sobre o assunto, foi desenvolvido na Divisão de Psicologia Aplicada (DPA) do Instituto de Psicologia (IP) da UFRJ, um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental em 8 sessões. Cerca de 10 anos de pesquisa serviram ao seu aperfeiçoamento, tendo sido testado por estagiários da Equipe de Terapia Cognitivo-Comportamental em inúmeros pacientes com o diagnóstico de Transtorno de Pânico e ou Agorafobia, sem comorbidade relevante com outros transtornos do Eixo I e sem Transtornos de Personalidade (Eixo II). Os resultados obtidos foram bastante significativos apontando para a redução dos sintomas de pânico com conseqüente aumento do bem estar subjetivo e da qualidade de vida dos pacientes. Estes dados contribuíram para a validação do referido protocolo e para publicação dos livros “Vencendo o Pânico: Terapia Integrativa para quem sofre e para quem trata o Transtorno de Pânico e a Agorafobia - Manual do Terapeuta e Manual do Cliente” em 2008. Atualmente, visando expandir os benefícios deste tratamento por todo o país e investir em novas pesquisas relacionadas a ele, encontra-se em andamento o projeto de doutorado “Treinamento de Psicólogos Via Web no Protocolo de Tratamento Cognitivo-Comportamental Vencendo o Pânico” no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do IP-UFRJ. Este abarca três pesquisas: (1) Investigação dos arquivos mortos da DPA-IP-UFRJ de 1998 à junho de 2009 para levantamento do número de estagiários e pacientes que fizeram uso do protocolo e dos resultados pré e pós-tratamento; (2) Pesquisa com uso dos livros “Vencendo o Pânico” por estagiários e pacientes na DPA, de julho de 2009 à julho de 2010, para levantamento dos resultados pré e pós-tratamento; e (3) Criação, desenvolvimento e implantação de um Treinamento via WEB no uso dos livros para psicólogos com no mínimo dois anos de experiência clínica em TCC. Trata-se de uma pesquisa quase-experimental, cujo objetivo será verificar a eficácia do protocolo através dos resultados dos terapeutas e dos pacientes. Tem enfoque quantitativo e qualitativo e seus dados serão mensurados através de testes de conhecimento objetivo aplicados aos terapeutas antes e depois do treinamento e de escalas padronizadas pré e pós-tratamento aplicadas aos respectivos clientes destes terapeutas. Além disto, considerará o discurso dos profissionais psicólogos quanto ao seu aprendizado, desempenho e satisfação e o progresso manifesto por seus clientes através de relatos e sinais de melhora apresentados. O treinamento será ministrado através de um ambiente virtual de aprendizagem construtivista na Plataforma Educacional Pii e fará uso dos seguintes recursos: guias de estudo; vídeo didático “Vencendo o Pânico”; fórum de discussão (Debyte); chat (Hiperdiálogo) e FAQ (serviço de dúvidas e respostas mais freqüentes). Estima-se ampliar as fronteiras da tecnologia em saúde e educação.

Bolsa de Pesquisa: CNPQ.

15.3 TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS NA TERAPIA DE CASAL: UMA INTERVENÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS.

Raphael Fischer (Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro)
Bernard Rangé (UFRJ)

Este trabalho apresenta uma pesquisa de doutorado que utilizou técnicas cognitivas e comportamentais na terapia de casal. Poucas pesquisas têm sido realizadas nessa área no Brasil. Objetivo foi verificar se as técnicas utilizadas promoveriam um aumento na satisfação e ajustamento conjugal. Esses são os dois princípios que demonstram se uma intervenção baseada em evidências com casais é eficaz. O recrutamento dos casais ocorreu através de dois principais meios de comunicação: e-mail e cartazes. Dezesete casais ligaram interessados em participar da pesquisa. Foram selecionados seis casais, segundo critérios de inclusão e exclusão. Apenas três casais completaram toda a pesquisa. Foram utilizadas as Escalas de Satisfação Conjugal e Escala de Ajustamento Diádico, entre outras, antes e após o tratamento. Foi empregado um protocolo com dezesseis sessões de atendimento no total. Devido à amostra reduzida, foi empregado o método do *single experimental case*. Os resultados de cada casal foram analisados separadamente. Os três casais apresentaram modificações nos níveis de satisfação e ajustamento conjugal. Considera-se que essa pesquisa reforçou a importância de novas investigações sobre o uso de técnicas cognitivas e comportamentais com casais no Brasil.

Apoio: Capes

POSTER

1. A PRÁTICA DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTO PARA PESSOAS OBESAS: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Rafael da Silva Mattos

(Doutorando em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da UERJ e Membro do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ).

Palavras-Chaves: Psicoterapia- Obesidade - Saúde

A obesidade é uma doença contemporânea que atinge 400 milhões de pessoas no mundo, além dos 1.6 bilhões com sobrepeso. As estimativas para 2015 são de 700 milhões de obesos e 2.3 bilhões de pessoas com sobrepeso. No Brasil, 53,5% das mulheres possuem sobrepeso e 47,4% dos homens. Os níveis de obesidade atingem 18,3% das mulheres e 8,7% dos homens. Isto acarreta inúmeros problemas de saúde, tais como: diabetes, hipertensão, dificuldades respiratórias, cardiopatias, lesões no aparelho locomotor, predisposição ao câncer e transtornos psicopatológicos. Dentre as diversas terapêuticas propostas, a psicoterapia cognitivo-comportamental tem sido uma das mais eficazes na re-educação alimentar de pessoas obesas em busca de saúde e qualidade de vida. Neste estudo, procuramos investigar a relação estabelecida entre a terapia psicológica e a adesão de pessoas ao tratamento. A pergunta que nos motivou foi: A psicoterapia para obesos pode ser considerada uma prática terapêutica de saúde? Foram atendidos 13 alunos obesos com idade entre 33 e 64 anos ($52 \pm 9,0$), sendo 10 do gênero feminino e 3 do gênero masculino no Projeto de Extensão: Exercício Físico Adaptado para Obesos do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O trabalho psicoterápico é realizado através de sessões conjuntas com as pessoas obesas e eventualmente com atendimentos individuais. A estratégia, baseada na terapia cognitivo-comportamental, concentra-se na identificação da “fome”, “desejo” e “gula” e na organização dessas categorias no cotidiano das pessoas obesas. Foram elaboradas também entrevistas em profundidade, de caráter analítico sócio-antropológico, no sentido de compreender a prática da psicoterapeuta e os significados culturais atribuídos pelos obesos à psicoterapia desenvolvida. Que a terapêutica psicológica corresponda ou não a uma realidade objetiva, biomédica e neurocientífica, não tem importância, pois os alunos acreditam nela, e a psicóloga é um membro de uma equipe profissional multidisciplinar. A eficácia não está fundamentada no paradigma da biomedicina. Ela é simbólica. Constatamos que psicoterapia reintegra um conjunto onde todos os alunos se apoiam mutuamente e partilham experiências de sofrimento em razão do adoecimento psicofísico provocado pela obesidade. Um grupo coeso, comprometido com a importância da frequência e de sua responsabilidade no processo de melhorias internas e coletivas aumenta em grandes chances o sucesso no enfrentamento do estigma da gordura e do adoecimento. As mudanças no estilo de vida ganham força a partir de um novo olhar perante a própria existência. A nova dieta gradativamente deixa de ser encarada como privação de alimentos “gostosos” e passa a ser compreendida como uma “outra alimentação” saudável e saborosa. Os altos níveis de ansiedade e depressão, a baixa auto-estima, a impulsividade e a compulsão vão transformando-se, ainda que lentamente, em novos sentidos para o viver. A prática psicoterápica, ao contrário do paradigma biomédico de ciências das doenças, concentra-se na arte de curar e aliviar o sofrimento dos sujeitos através do aumento da vitalidade, da diminuição das co-morbidades psicológicas e do prazer de viver que acarretam em mudanças nos padrões alimentares.

Financiamento: CNPQ

2. A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO A PARTIR DA MEDIÇÃO DO CORTISOL

Tânia Macedo, Rachel Bonato, Ana Cristina Lages, Raquel Gonçalves, Paula Ventura. (Instituto de Psicologia e Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ)

Palavras-chave: Cortisol, TCC e TEPT.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ter sua eficácia avaliada através dos níveis de cortisol no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)? A literatura vem focando as variações deste hormônio no referido transtorno, bem como após tratamento cognitivo-comportamental. A relevância do estudo de marcadores biológicos, onde se inclui o cortisol, em cada transtorno mental possibilita o desenvolvimento de uma nova forma de mensurar a eficácia do tratamento empregado, e com isso, possibilitar o aprimoramento dos tratamentos disponíveis. Assim, a TCC poderia ter sua eficácia aferida não somente através de escalas, mas também de medidas fisiológicas, cujo diferencial em relação à avaliação psicométrica é sua maior confiabilidade por ser uma medida objetiva não suscetível de manipulação e tendenciosidade. O cortisol é um hormônio liberado em resposta a estímulos aversivos, reais ou imaginários, que requerem reação de luta ou fuga do organismo. Sua liberação relaciona-se à ativação do eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenais), que pode ocorrer a partir da percepção de estressores físicos e psicológicos. Este é um transtorno crônico, cuja resposta ao estresse não cessou ao fim do evento traumático. O prolongamento da resposta de estresse pelo organismo leva a modificações na performance do cortisol. O objetivo deste trabalho de revisão sistemática é 1) investigar o comportamento do cortisol no TEPT, 2) se o cortisol é capaz de avaliar a eficácia da TCC neste transtorno psiquiátrico e 3) se o cortisol é preditor de resposta à TCC. Foram realizadas, buscas de artigos nas seguintes bases: *Biomed*, *Scielo* e *ISI*. Grande parte da literatura aponta para níveis cronicamente mais baixos de cortisol em indivíduos com TEPT em comparação a indivíduos sem o transtorno, em estado basal. Contudo, alguns estudos não encontram diferença, enquanto outros encontram os níveis de cortisol aumentados, o que demonstra certa discordância entre os pesquisadores. Foi visto que após a TCC, houve redução dos sintomas de TEPT. Esta melhora, acessada pelos relatos através de instrumentos como escalas e inventários, pode ser correlacionada ao aumento dos níveis do cortisol em alguns estudos. Apesar de a TCC ser considerada eficaz, há pacientes que não respondem à intervenção. Após a terapia, os não-respondentes tiveram queda de cortisol e os respondentes tiveram aumento. Entretanto, há um estudo controlado que mostra que o grupo submetido à TCC bem sucedida apresentou menor nível de cortisol em relação ao controle após a terapia. Estes achados divergentes ilustram os conflitos existentes na literatura. Com relação à predição de resposta, em alguns estudos não havia diferença entre os respondentes e os não-respondentes antes do tratamento, ou seja, o cortisol não seria preditor de resposta à TCC. Um metabólito do cortisol, 5-alfa-reductase, seria preditor mais confiável de resposta ao tratamento. Por outro lado, um estudo aponta que o cortisol seria um bom preditor devido às diferenças nos níveis hormonais entre os respondentes e não-respondentes. A fim de afirmar ou refutar a hipótese de o cortisol ser uma medida confiável de verificação da eficácia da TCC no TEPT, é necessário que sejam desenvolvidos estudos que possibilitem maior concordância acerca do tema.

Apoio financeiro: FAPERJ, CNPq

3. GRUPO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS

Ana Caroline Saldanha Martins e Mônica Portella (CPAF-RJ/UCAM)

Palavras chave: estimulação cognitiva, idosos, reabilitação cognitiva.

A população mundial vem envelhecendo e o aumento da expectativa de vida pode ser uma boa notícia, mas o envelhecimento natural traz perdas cognitivas que atrapalham, principalmente quanto a independência e autonomia. Normalmente esse declínio cognitivo prejudica mais a memória e a atenção, e estimular essas áreas é essencial para a prevenção. Para evitar um declínio cognitivo prejudicial ao idoso e até mesmo retardar o aparecimento de demências é ideal fazer atividades específicas de estimulação cognitiva com um profissional especializado. Trabalhar a plasticidade cerebral do idoso e estimular igualmente o lado esquerdo e direito do cérebro são importantes para que a memória e a atenção se mantenham. Outra questão importante é o humor do idoso, pois a depressão pode levar a dificuldade de memória, podendo ser confundida com demência. Portanto, é importante para a manutenção da cognição um humor positivo e estável. Com isso uma boa opção são grupos de estimulação cognitiva para idosos. O grupo cria vínculos e ajuda a socializar os indivíduos. Grupos de estimulação cognitiva unem a socialização com a cognição ajudando a retardar a perda de memória normal ao envelhecimento, o aparecimento de demências e a depressão. Esse trabalho tem como objetivo fazer uma intervenção de grupo prevenindo a perda da memória. Serão cinco participantes entre 65 e 75 anos, conforme o score do Mini-Mental (Mini exame do Estado Mental) que indica uma cognição preservada, mas que tenham queixas de memória, como esquecimentos que atrapalham o cotidiano. Os encontros serão semanais durante três meses com a duração de duas horas. A cada encontro serão dados exercícios preparados pelos profissionais que coordenarão o grupo. Esses trabalhos serão desenvolvidos para a resolução durante os encontros ou em casa. Eles estimularão ambos os lados do cérebro e incentivarão a plasticidade cerebral. Haverá psicoeducação sobre atividades diárias para manter a memória, como a criação de uma rotina e utilização de agenda. Todos esses deveres terão o objetivo de que mesmo após o término do grupo, o idoso ainda tenha subsídios para manter a sua memória e se exercitar sozinho. Portanto, a proposta do Grupo de Estimulação Cognitiva para Idosos é a de ser mais do que um grupo de exercícios para memória, mas um grupo preventivo que trabalha com higiene de hábitos ruins para a cognição, fazendo com que o idoso mude o que na sua rotina pode lhe prejudicar e consiga se manter independente e autônomo por mais tempo, retardando demências, evitando depressões e diminuindo a queixa de perda de memória.

4. A UTILIZAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO INFANTIL

Flávia Monteiro Pereira (CPAF-RJ)

Palavras chaves: Ansiedade de separação, Psicoterapia Infantil e TCC

O Transtorno de Ansiedade de Separação da infância ou adolescência caracteriza-se segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV como um transtorno de ansiedade imprópria e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento, envolvendo o afastamento do lar e três ou mais aspectos para o seu diagnóstico, com duração mínima de quatro semanas e iniciado antes dos dezoito anos. O estudo de caso a seguir refere-se ao atendimento oferecido à F, de 10 anos do sexo feminino em um período de 15 sessões. A necessidade de atendimento psicoterápico justifica-se pela presença de sintomas iniciados a partir dos 7 anos de idade, existente por três anos. Período este que excede o esperado no desenvolvimento. A ansiedade presente criou comprometimento significativo em algumas áreas funcionais da criança, tais como a dependência da figura de apego(mãe) e a dificuldade em atividades que envolva a autonomia. A queixa principal apresentada pela mãe consistiu-se em: a) desejo da filha jogar-se de lugar alto. b) Dependência da filha diante de sua ausência c) Incapacidade de dormir sozinha. O tratamento dirigido através de técnicas cognitivo-comportamentais possibilitou a compreensão que a queixa a), estava diretamente relacionada ao estabelecimento de vínculo inseguro entre a mãe e a criança, raiva e frustração em ficar só. Através do trabalho de reestruturação cognitiva, análise funcional, registro de pensamentos disfuncionais e psicoeducação, o conflito e a vontade de jogar-se foram corretamente interpretados pela criança e o comportamento foi extinto. Na queixa b) e c), a paciente manifestou preocupação persistente e excessiva acerca de medo de morte das figuras importantes de vínculo em assalto ou tragédias, e medo de que um evento indesejado levasse à separação de uma figura importante de vinculação; O temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinha foi observado pela presença de pensamentos catastróficos como medo de um assaltante entrar no prédio, o edifício pegar fogo e cair; A relutância ou recusa persistente em ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa manifesto por sentimento de tristeza, pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação como assalto e seqüestro fizeram necessária a utilização das mesmas técnicas e instrumentos da queixa a) somando-se as técnicas de afastamento progressivo e auto-controle. Conclui-se então, que a partir deste caso, a prática psicoterápica infantil baseada nos pressupostos cognitivo-comportamental é a forma mais eficaz no tratamento de transtorno de ansiedade de separação infantil. Uma vez que, dentro de um período de 13 sessões o comportamento de querer jogar-se de local alto se extinguiu, a criança atingiu o auto-controle da ansiedade, tornando-se capaz de adormecer e dormir sozinha.

5. EXPOSIÇÕES VIRTUAIS PARA FOBIA DE DIRIGIR

Marcele Regine de Carvalho (Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)
Rafael Thomaz da Costa (Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: exposição virtual, fobia de dirigir, terapia cognitivo-comportamental

Dirigir é uma habilidade que facilita a independência e o deslocamento; importante para a realização de várias atividades cotidianas. O medo de dirigir pode restringir a vida do indivíduo e, por conseguinte, gerar sérios problemas pessoais, sociais e ocupacionais. O medo de dirigir é definido como uma fobia específica, do tipo situacional, no DSM-IV. É caracterizado como um medo intenso, persistente de dirigir, o qual aumenta quando a pessoa antecipa ou é exposta à direção. O medo é reconhecido como excessivo ou injustificado. O indivíduo pode evitar dirigir ou fazê-lo experimentando um alto grau de ansiedade. A Terapia Comportamental é comprovadamente eficaz para o tratamento de fobias específicas. As técnicas de exposição podem reduzir ou extinguir a resposta de medo. Entretanto, os pacientes podem expressar uma forte aversão às situações reais, o que dificulta as exposições ao vivo. Sendo assim, uma alternativa viável é o uso de ambientes virtuais para os exercícios de exposição. A experiência virtual pode provocar alterações fisiológicas, psíquicas e somáticas quando o indivíduo sente-se imerso no mesmo (senso de presença), favorecendo o processo de habituação. Além disso, condições climáticas adversas e da estrada podem se tornar acessíveis para exposição. Há alguns estudos que apontam para a eficácia da exposição por realidade virtual nestes pacientes. Porém existem algumas limitações metodológicas que precisam ser revistas. Pretende-se com este trabalho superar algumas destas limitações através de um estudo controlado e com avaliações objetivas (condutância da pele e frequência cardíaca) e subjetivas (inventários de auto-aplicação). O protocolo utilizado é composto de 8 sessões de até 60 minutos cada, com nível de dificuldade crescente, de acordo com a habituação de cada paciente. A pesquisa em desenvolvimento no Laboratório de Pânico e Respiração do IPUB/UFRJ tem como critérios de inclusão: idade entre 18 e 60 anos e ter um carro disponível para tentar dirigir após o tratamento. Serão excluídos os pacientes com psicose, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior grave, transtorno de personalidade, uso/abuso de álcool/drogas. Pacientes com problemas cardíacos, deficiência visual, auditiva ou motora também serão excluídos. O software utilizado é o *3D-Driving School*. O aparato tecnológico conta com volante/marcha/pedal e um monitor de 32" polegadas. Os objetivos são: comparar as medidas objetivas e subjetivas do grupo controle (pacientes com licença e sem medo de dirigir) e o grupo com medo de dirigir, investigar se houve senso de presença e se houve habituação, investigar quantos pacientes foram capazes de voltar a dirigir (ao vivo) após a intervenção. Em um momento futuro, pretende-se incluir novos grupos de intervenção, submetidos a estratégias de reestruturação cognitiva e relaxamento, de forma a comparar a eficácia de diferentes protocolos. Ambiciona-se também incluir baterias comportamentais para avaliar o grau de generalização do aprendizado de ambientes virtuais para ambientes reais.

6. A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO PÂNICO

Cícera Viviane V. da Silva (CPAF-RJ/UCAM) e Mônica Portella (CPAF-RJ/UCAM)

Palavras chave: Transtorno do pânico; Fobia; Técnicas Cognitivo-Comportamentais.

O transtorno do pânico é caracterizado por súbitas crises de ansiedade ou medo, sem fatores desencadeantes aparentes, pois não está restrito a qualquer situação ou conjunto de circunstâncias em particular, sendo assim imprevisível e frequentemente incapacitante para o indivíduo. Há o relato de serem intensas, repentinas e isoladas trazendo um grande mal estar físico e mental. Os sintomas dominantes variam de pessoa para pessoa, entre eles aparecem aceleração dos batimentos cardíacos, dor no peito, tontura e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe ainda o medo secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco. Para o diagnóstico é necessário vários ataques graves de ansiedade autônoma ocorridos num período de cerca de um mês onde o pânico estaria presente em circunstâncias onde não há perigo objetivo, sem estarem confinados a situações conhecidas ou previsíveis e com relativa liberdade de sintomas ansiosos entre os ataques. O objetivo do presente trabalho foi fazer a remissão dos sintomas de pânico e fobia de transporte público e particular através das técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental. A paciente era do sexo feminino, com 24 anos, solteira, terceiro grau completo, engenheira, terminando MBA, com diagnóstico de transtorno do pânico e fobia específica. A fobia específica era apresentada pelos meios de transporte público e particular (quando ela estava no controle do veículo) e desencadeou-se há dois anos, num episódio em que estava no carro de um amigo em um engarrafamento quando iniciou-se um tiroteio e os bandidos usaram o carro onde ela se encontrava como escudo para se protegerem da polícia e trocar tiros. Depois do ocorrido, começou a evitar situações como dirigir, andar de ônibus, metro e trem, pois sentia uma forte sensação de que iria morrer, já que seu coração acelerava, suas mãos suavam, tinha calafrios e o pensamento de que poderia ser assaltada ou seqüestrada a qualquer momento. Sua busca pelo tratamento iniciou quando esses sintomas começaram a ocorrer sem estar em contato direto com a situação específica. Foram realizadas doze sessões ao longo de três meses de tratamento, uma sessão por semana, com cinquenta minutos de duração. Após o levantamento das queixas e a avaliação médica e psicológica (inventário de ansiedade de Beck, esquemas de Young, inventário multimodal da história de vida de Lazarus), foi feito um plano de tratamento empregando diversas estratégias cognitivo-comportamentais para ajudar a melhorar os quadros de intensa ansiedade (insônia, cansaço, irritabilidade, indisposição e pavor). Dessa forma, durante a intervenção terapêutica foram utilizadas estratégias de registro diário de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, parada de pensamento (cartão de enfrentamento), exposição gradual e distração. As tarefas de casa se destacaram por terem aumentado a adesão da paciente ao tratamento. Através destas metas semanais de exposição gradual, ela obteve ganhos que a ajudaram a sair do seu quadro fóbico. Concluiu-se que através da Terapia Cognitivo-Comportamental a paciente apresentou uma melhora significativa do quadro de pânico e a remissão completa do quadro fóbico de dirigir e de utilizar os meios de transporte público.

7. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA EM AMBIENTE INSTITUCIONAL COM MORADORES DE RUA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

RAMIRO AFFONSO BARBOZA(CPAF-RJ/UCAM) E MONICA PORTELA (CPAF-RJ/UCAM)

Palavras-chave: moradores de rua, Psicologia Positiva e Terapia Cognitivo-Comportamental

Vivemos em um momento onde o assunto, “moradores de rua”, está aparecendo com mais frequência em nossos jornais e televisões. Mais uma vez, o tratamento dado a essa população vem gerando discussões, sejam elas negativas ou positivas. Alguns acham que a cidade fica mais “organizada” sem a presença dessas pessoas nos locais públicos e outros acham que a assistência dada a elas, pelos órgãos municipais, é inadequada. Não queremos aqui dizer o que é certo ou errado, e sim, sugerir um programa menos assistencialista e mais ativo por parte do próprio morador de rua. O projeto tem o objetivo de inserir ex - moradores de rua no mercado de trabalho, através da identificação de qualidades e planejamento de metas profissionais, com base na Terapia Cognitivo Comportamental e da Psicologia Positiva. A Terapia - Cognitivo Comportamental se mostra muito eficiente no tratamento dessa população. A avaliação dos processos cognitivos: identificação de Crenças, Esquemas, Pensamentos Automáticos e Estratégias de Coping, são formas de se desfazer e reestruturar cognições e crenças distorcidas. A reestruturação cognitiva se torna tão importante para formar novos recursos de enfrentamento para o retorno ao mercado de trabalho e o convívio digno na sociedade. A Psicologia Positiva tem como objetivo identificar e potencializar qualidades e talentos em pacientes que apresentem ou não alguma patologia, promovendo e prevendo seu funcionamento positivo. Para aqueles que apresentam algum tipo de patologia, a Psicologia Positiva sugere um equilíbrio, explorando além dos problemas, as qualidades das pessoas, sem diminuir a importância e a dor associadas ao sofrimento humano. Existem duas categorias dentro da Psicologia Positiva: Prevenção Primária e Secundária; Potencialização Primária e Secundaria. Nesse projeto, iremos atuar com base na Prevenção Secundária, onde o problema ou sofrimento já existe, é real, faz parte da vida do sujeito. A extinção desses problemas se faz necessário para se desenvolver e potencializar qualidades individuais que são essenciais para o retorno ao mercado de trabalho. Identificando - as, através de sessões individuais ou em grupo, poderemos criar um Plano de Metas profissionais e buscar atividades no mercado de trabalho, onde essas qualidades possam ser desenvolvidas e potencializadas, gerando auto - confiança, aumento da autoestima e o retorno da esperança, na qual a vida saudável se movimenta. Nossa proposta é que a sociedade e o próprio morador de rua, adquiram um novo olhar para essa população, um olhar que motive, que diga que tem jeito, que é possível, que ele pode modificar essa situação, que ele seja responsável pela direção de sua vida. Que ele não veja nele apenas os problemas, que ele veja qualidades, habilidades e talentos a serem desenvolvidos ou potencializados.

8. TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TEPT EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES.

Helga Tavares Rodrigues (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ); Emmanuelle Machado Pereira (clínica particular, Macaé – RJ); Raquel Menezes Gonçalves (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ); Tânia Macedo (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ); Ivan Figueira (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ).

Transtorno de estresse pós-traumático; abuso sexual; terapia cognitivo-comportamental.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno debilitante dos processos cognitivos, afetivos e comportamentais. As dimensões psicopatológicas do TEPT são: revivescência, hiperestimulação e evitação de estímulos relacionados ao trauma. Existem fortes evidências da relação entre o TEPT e a experiência de abuso sexual na infância e da relação entre história de abuso sexual e comportamentos de auto-mutilação. O abuso sexual afeta negativamente o desenvolvimento emocional e cognitivo e apresenta-se como um fator de risco para o desenvolvimento de diferentes transtornos na idade adulta. Crenças relacionadas à culpa e a vergonha estão associadas ao desenvolvimento do TEPT e do transtorno de ansiedade social. Pacientes com esta comorbidade apresentam um quadro mais grave, complexo e resistente ao tratamento. A proposta do presente trabalho é apresentar um caso clínico de uma paciente de 20 anos, atendida em consultório particular com terapia cognitivo-comportamental (TCC). A paciente apresenta TEPT, transtorno de ansiedade social, agorafobia, ataques de pânico, depressão maior, traços de transtorno de personalidade dependente e *bordeline*, além de comportamentos de auto-mutilação. O histórico de eventos traumáticos da paciente inclui um assalto e abuso sexual na infância. O relato do abuso foi omitido durante boa parte da terapia, que foi iniciada após a piora dos sintomas em virtude do assalto sofrido. Melhoras foram obtidas com o ajuste da medicação, diminuição da ansiedade, da resposta de sobressalto, eliminação dos pesadelos, melhora no humor, aumento da autoconfiança e, conseqüentemente, maior independência e melhora da relação terapêutica, com aumento gradual da confiança na psicóloga. O trabalho de exposição foi realizado com o auxílio de uma co-terapeuta, obtendo bons resultados com o enfrentamento das situações evitadas. A paciente apresentou redução nas medidas psicométricas utilizadas: Inventário Beck de Depressão (de 43 para 29); Inventário Beck de Ansiedade (de 47 para 34); Postraumatic Stress Disorder Checklist (de 71 para 37); Grau de Reações Físicas Peritraumáticas (de 36 para 19); PANAS-T (Afeto positivo: de 15 para 19; Afeto Negativo: de 37 para 39); Escala de Resiliência ER89 (de 11 para 10); MOS Apoio Social (de 68 para 72) e Escala de Ansiedade Social Liebowitz (05/09 score: 127). A partir do caso, podemos pensar na importância de uma investigação apurada de história de abuso sexual na infância de pacientes com TEPT e como essas informações podem ser omitidas durante o processo de terapia. Após investigação, pode-se concluir que a paciente apresentava TEPT desde a infância, com sintomas de evitação de estímulos relacionados ao trauma, ansiedade, culpa, pesadelos e *flashbacks*. Podemos concluir também que o assalto sofrido aos 17 anos possibilitou que a paciente buscasse ajuda médica e psicológica, obtendo assim, a possibilidade de diagnóstico e tratamento do TEPT que já se manifestava desde a infância e limitavam a vida da paciente.

9. UM DIÁLOGO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM A ARTETERAPIA NO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DE CRIANÇAS

Marianne Kerr (CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ)

Palavras Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Arte-Terapia, crianças

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma psicoterapia breve, direcionada a solucionar problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. A Arte-Terapia pode ser definida como uma prática terapêutica, uma técnica capaz de trazer à consciência conteúdos guardados. No entanto, mais do que uma técnica, a Arte-Terapia é um processo expressivo, um caminho que através das artes plásticas transforma o sujeito, ampliando suas habilidades e potencialidades pela criatividade com o uso de diversos materiais como pintura, recorte e colagem, desenhos, modelagem, entre outros. Essa favorece a expressão de sentimentos e atitudes, pois nossas emoções, pensamentos e desejos podem se revelar muitas vezes através de imagens, ou seja, ajuda o indivíduo a conseguir verbalizar o que está sentindo e pensando. O objetivo do presente trabalho foi mostrar como a Arte-Terapia pode auxiliar na Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças. Para este fim, lançaremos mão de um caso, onde utilizamos instrumentos da Arte-Terapia para reestruturar pensamentos disfuncionais e trabalhar as queixas apresentadas pelo cliente. A criança atendida, J., do sexo feminino, 10 anos, filha de pais separados, estudante do 5º ano do Ensino Fundamental, mora com a mãe e os avós. A cliente veio encaminhada com hipótese diagnóstica de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, apresentando agressividade e ansiedade na área escolar e familiar, com dificuldade de terminar as provas no tempo estipulado por conta de um perfeccionismo excessivo com sua letra, dúvidas na escolha de roupas e decorrentes atrasos para chegar aos compromissos. Foram realizadas 28 sessões, com duração de uma hora cada uma, com a criança, ao longo de sete meses de tratamento. Antes de iniciar o tratamento, os pais foram chamados para uma avaliação inicial do caso. Posteriormente, os pais participaram de um programa de orientação. Durante o tratamento foram utilizados recursos da Arte-Terapia adaptados às Técnicas Cognitivo-Comportamentais. Por exemplo: uma folha branca levemente molhada com água e pintura com tinta xadrez, explorando pensamentos e sentimentos ao realizá-la, uma vez que não conseguia ter controle sobre a mesma; construção de fantoches e role-play para treinamento em habilidades sociais; argila e auto-instrução, para promover o diálogo interno e relaxamento. A criança melhorou em: 1. fazer suas atividades escolares com mais rapidez; 2. fazer escolhas com maior facilidade sem necessidade de reasseguramento; 3. diminuição da agressividade, passando a ser mais assertiva em seus relacionamentos; 4. controle de sua ansiedade e 5. resolução de seus problemas. Concluiu-se que a Arte-Terapia é um recurso que pode ser adaptado às Técnicas Cognitivo-Comportamentais no trabalho com crianças. A Arte-Terapia pode auxiliar na construção da aliança terapêutica, na identificação da queixa da criança, na expressão de pensamentos e sentimentos e na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais.

10. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS EM PACIENTE COM SUSPEITA DE ALZHEIMER

Angela M. de Vasconcelos Jesus (UFF, Niterói, RJ)

Cristine Fares Maia (UFF, Niterói, RJ)

Mônica Freitas Oliveira (UFF, Niterói, RJ)

Roberto C. de Santana Jesus (UFF, Niterói, RJ)

Palavras-chave: Alzheimer – TCC – Estimulação

A demência de Alzheimer caracteriza-se como sendo de evolução gradual, de declínio cognitivo contínuo e de difícil diagnóstico. Estima-se que 2% a 4% da população com mais de 65 anos apresenta este tipo de demência. Esta patologia foi inicialmente descrita pelo médico alemão Alois Alzheimer em 1912. O critério diagnóstico mais comum refere-se ao comprometimento da memória, manifestada através da dificuldade de reter novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas. Como a memória está inserida nas nossas funções involuntárias, no desenvolvimento das nossas habilidades e no reconhecimento das informações sensitivas e sensoriais advindas da visão, audição, olfação, paladar e tato, o presente estudo teve como objetivo estabelecer através dos órgãos dos sentidos estímulos aliciadores da memória e seu reforçamento para melhoria da qualidade de vida de paciente com Alzheimer. O trabalho está sendo desenvolvido com uma paciente do sexo feminino, com 76 anos, vivendo em uma instituição geriátrica, com hipótese diagnóstica de Alzheimer. Faz tratamento medicamentoso com Rivotril, Procimax e Exelon Patch 10. Após exame de ressonância magnética do crânio com espectroscopia, foi constatado atrofia da cortical e hipersinal da substância branca do lobo frontal direito, com dilatação secundária do sistema ventricular. Através de experiências planejadas e conduzidas a partir dos pressupostos da TCC, buscou-se desenvolver por meio dos cinco sentidos, treino de memória sensorial, possibilitando o conhecimento do mundo de uma outra forma, utilizando-se da identificação de sons do dia-a-dia, aliando às técnicas de habilidades sociais. Além de propiciar à paciente relacionar as cores aos cheiros, estimular a percepção de deferentes texturas, compartilhar sobre as suas emoções, visando melhorar a qualidade de vida. Foi programado um protocolo de 15 sessões terapêuticas, envolvendo a aplicação de técnicas terapêuticas e tarefas diversas, através de estímulos comuns, entre eles: café em pó, alecrim, um pau de canela, chocolate, sucos de diversos sabores, geléias, biscoitos salgado e doce, frutas, folhas de diversas cores; além de outros materiais, tais como: aparelhagem de som com leitor de CD; CD com gravações de sons do cotidiano; objetos de diferentes texturas; álbum de fotografias; banner; e máquina fotográfica, realizando estimulação mnêmica. Este trabalho, ainda encontra-se em desenvolvimento, porém já é possível notar diferenças e melhorias na qualidade de vida desta paciente, bem como para a própria instituição em que ela se encontra, pois a partir destas intervenções a instituição passará a adotar com as demais residentes os mesmos procedimentos com paciente em lide, a saber, um quadro contendo a fotografia dos familiares posto acima da cabeceira da cama, com o objetivo de facilitar a localização dentro do ambiente.

11. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO ATENDIMENTO A GESTANTES CARDIOPATAS.

Alexandre Rafael de Mello Schier; Natalia Pinho de Oliveira Ribeiro; Bruno Strey Vilela; Adriana Cardoso de O. e Silva (Universidade Federal Fluminense – Niterói, RJ; Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, cardiologia, gestação de risco

A gravidez, marcada pela necessidade de adaptação a diversas mudanças, tanto físicas quanto emocionais, é considerada um período de crise na vida da mulher. Quando essa mulher apresenta uma cardiopatia prévia, às preocupações que geralmente se apresentam em uma gestação normal acrescentam-se diversas outras tensões, decorrentes dos fatores que classificam essa gravidez como “de risco” e que tornarão esse momento ainda mais delicado. A situação clínica da cardiopatia sobreposta à gestação leva a maior morbidade e mortalidade, tanto para a grávida quanto para o feto, sendo que doenças cardíacas são a quarta maior causa de morte materna, o que pode chegar ao primeiro lugar se desconsideramos as causas obstétricas. O tipo específico da patologia, assim como os danos funcionais gerados por ela, serão fatores determinantes nos riscos envolvidos, assim, enquanto para alguns quadros clínicos os riscos de mortalidade são inferiores a 1%, para outros este pode variar de 25 a 50%. Além da influência do quadro clínico na mortalidade, outro aspecto a ser considerado na experiência de uma grávida cardiopata é a necessidade, muitas vezes, da administração de fármacos que, apesar de geralmente evitados durante o período gestacional, em suas situações específicas, após cuidadosa avaliação de custo-benefício, opta-se por manter. A gestação, diante disso, é permeada por medos e preocupações, muitos deles baseados em dados concretos quanto à possibilidade de danos a saúde e até mesmo de morte, risco de parto prematuro e danos para o conceito. Para o atendimento dessa população é necessário, em primeiro lugar, que o profissional esteja familiarizado com os fatores biológicos envolvidos na vivência dessa gestação, incluindo as particularidades de seu quadro clínico e do tratamento a ser implementado de modo a traçar estratégias de intervenção específicas para o enfrentamento das dificuldades impostas a essa paciente, tanto física quanto emocional e cognitivamente. Esse conhecimento permite também uma abordagem psico-educativa, onde através da transmissão de informações claras e precisas, consegue-se promover a redução da ansiedade da paciente, permitindo que a mesma, tendo conhecimento pleno do que ocorre com seu organismo e do que lhe é previsto em termos terapêuticos, desenvolva melhores estratégias para lidar com os desafios típicos desse momento. São utilizadas técnicas de reestruturação cognitiva para eliminação de pensamentos disfuncionais e ensinadas técnicas para o manejo da ansiedade e controle do estresse. A Terapia Cognitivo-Comportamental, por funcionar de forma focal, voltada para a resolução de problemas específicos, além de ser implementada em um tempo menor que outros modelos teóricos, mostra-se como uma abordagem indicada para o atendimento psicológico de gestantes cardiopatas.

12. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E VIOLÊNCIA URBANA: UMA QUESTÃO DA ATUALIDADE

Maria Pia Coimbra, Camila Monteiro, Karina Marques, Karla Glória, Lívia Wilhelm, Nathalia Silveira, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro, RJ).

Palavras chaves: Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Violência Urbana

A violência urbana é um fenômeno que segundo estudos tem aumentado de maneira preocupante, sendo considerada como multifatorial em sua origem e tendo se tornado uma questão de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde define violência como o “uso intencional de força ou poder para ameaçar ou agir contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que tem alta probabilidade de resultar, ou resulta em ferimentos, morte, danos psicológicos, prejuízos desenvolvimentais ou privação”. A origem da violência urbana pode ser interpessoal ou coletiva. A interpessoal refere-se a atos cometidos por pessoas com algum laço familiar ou afetivo, ou entre indivíduos sem vínculo que podem ou não se conhecer e em geral ocorre fora do ambiente doméstico. A violência coletiva constitui-se por atos cometidos por um grupo contra um indivíduo ou outro grupo com a finalidade de alcançar ganhos políticos econômicos e sociais. Os danos psicológicos mais frequentes decorrentes dessas formas de violência são suicídio, abuso de substâncias, depressão e TEPT. O TEPT é classificado como um transtorno incapacitante que surge relacionado a um trauma vivenciado ou confrontado. Seus principais sintomas característicos para diagnóstico são: revivência do trauma, evitação de estímulos que relembrem o trauma, e hiperestimulação autonômica. O TEPT é diagnosticado quando esses sintomas persistem por quatro semanas após o trauma e resultam em comprometimento social e ocupacional significativos. Pode ser agudo, cuja duração dos sintomas é inferior a 3 meses; crônico, quando os sintomas duram três meses ou mais; e tardio, quando os sintomas tem início pelo menos seis meses após o evento traumático. A prevalência do TEPT segundo estudos é de 3,6%, sendo 5,2% em mulheres e 1,8% em homens, sendo considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum. Porém, a maioria das pessoas que vivenciaram situações traumáticas não desenvolvem TEPT. Esta afirmação pode ser compreendida através do exame dos fatores de proteção e risco presentes numa dada circunstância. Entre os fatores de proteção podem ser citados o apoio social percebido, a resiliência e a presença de alto afeto positivo. Já como fatores de risco, podem ser apontados transtornos psiquiátricos pré-existent, histórico de transtorno psiquiátrico na família, traumas na infância e alto afeto negativo, dentre outros. Na literatura científica, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é indicada como o tratamento de primeira escolha para o TEPT. As técnicas mais utilizadas pela TCC no tratamento do TEPT são reestruturação cognitiva, exposição *in vivo* e imaginária e psicoeducação. Este trabalho tem como objetivo propor uma discussão sobre a relação entre o aumento da violência urbana e suas implicações no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), levando-se em conta os fatores de risco e proteção acima mencionados. Para tal serão apresentados dados oriundos das medidas psicométricas realizadas durante o atendimento ambulatorial de pacientes diagnosticados com TEPT crônico no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

Apoio Financeiro CNPq e FAPERJ

13. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO ATENDIMENTO DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

Natalia Pinho de Oliveira Ribeiro; Alexandre Rafael de Mello Schier; Adriana Cardoso de O. e Silva (Universidade Federal Fluminense – Niterói, RJ; Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, violência sexual, estupro.

No ano 2000, segundo o IBGE, ocorreram 14.881 casos de estupro no Brasil, sendo 6.632 deles na região sudeste. Apesar dos altos índices, acredita-se que o estupro ainda seja pouco notificado, sendo assim o número real de ocorrências é provavelmente muito superior ao apresentado aqui. Pesquisa realizada pela Unicamp mostrou que apenas 10 a 20 % dos casos são denunciados; Para o Ministério da Saúde menos de 10% dos casos são comunicados às delegacias. Como consequência de um estupro, a literatura apresenta, além das possíveis seqüelas físicas, danos emocionais e sociais tais como: surgimento de comportamentos fóbicos, ataques de pânico, insônia, confusão mental, transtorno de estresse pós-traumático, depressão, risco aumentado de suicídio, abandono de estudo, queda de produtividade no trabalho, entre outros, como por exemplo, até mesmo afastamentos pela Previdência Social por seguro saúde ou acidente de trabalho/trajeto. Pensamentos de menos-valia, auto-reprovação e culpa também estão presentes, além de comportamentos auto destrutivos e busca de alívio por meio do uso de abuso de substâncias tais como álcool, drogas e medicamentos. A violência sexual também aparece como uma das causas que conduzem pacientes a buscarem atendimentos médicos com queixas imprecisas e de repetição, sem que problemas orgânicos sejam detectados como base para os sintomas relatados. O primeiro atendimento após a ocorrência deve ser multiprofissional, incluindo desde a entrevista até exames físicos e laboratoriais, além de intervenções para tratamento de possíveis lesões orgânicas geradas pelo ato não consentido e medidas de prevenção quanto a uma possível gravidez indesejada e contágio de doenças transmissíveis por via sexual, sendo que, em nosso país, a maior parte dos serviços de emergência ainda encontra-se despreparada para o atendimento dessa paciente. Nesse contexto, por seu enfoque diretivo, breve e focal, a terapia cognitivo-comportamental se apresenta como uma abordagem adequada ao atendimento dessas pacientes. O início do processo terapêutico deve acontecer o mais breve possível, evitando um distanciamento prolongado do momento do trauma. O terapeuta deverá auxiliar sua paciente no processo de recordar o acontecido, aceitar o fato e reorganizar os pensamentos e sentimentos ligados ao que ocorreu. A aliança terapêutica deve ser valorizada durante todo o processo, mesmo quando se tratar de uma intervenção breve. A baixa tolerância à frustração deve ser contestada, aumentando a capacidade da paciente para lidar com situações que acredite serem difíceis. Técnicas de enfrentamento devem ser ensinadas, buscando melhor funcionamento social. Uso de técnicas de relaxamento e respiração, além de treino de controle do estresse também são indicadas. O encaminhamento a profissionais de outras especialidades deve ser realizado sempre que necessário.

14. STRESS E SÍNDROME METABÓLICA: REDUÇÃO DE FATORES DE RISCO POR MEIO DO TREINO DE CONTROLE DO STRESS

Lucia Emmanoel Novaes Malagris* (UFRJ; Pós-doutoranda da PUCCAMP)

Marilda Novaes Lipp (Pontifícia Universidade Católica de Campinas)

Segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, a Síndrome Metabólica (SM) está associada a expressivo aumento da mortalidade cardiovascular. Trata-se de um conjunto de elementos que se constituem em fatores de risco cardiovascular encontrados em um mesmo indivíduo. Tais elementos são: obesidade abdominal, intolerância à glicose/resistência à insulina, dislipidemia (triglicérides elevados, alto LDL e baixo HDL) e hipertensão arterial. Embora a definição da SM ainda esteja sendo estabelecida, há um consenso quanto à gravidade dos fatores que a compõem, quando associados, no que se refere à morbi-mortalidade cardiovascular, no Brasil e no mundo. No entanto, os fatores de risco para o estabelecimento dos elementos citados também devem ser considerados, dentre estes a alimentação não balanceada, sedentarismo, fatores psicológicos e biológicos. Isso fica evidente quando se observa a proposta de tratamento da SM que envolve intervenção medicamentosa e não medicamentosa, esta última valorizando a importância da nutrição, de recomendações alimentares complementares, do exercício físico, da cessação do fumo, controle do uso de bebidas alcoólicas e controle de situações estressantes. Os fatores de risco de base para o desenvolvimento dos componentes da SM necessitam, portanto, ser identificados e controlados no indivíduo. Quando a I Diretriz da SM se refere ao tratamento não medicamentoso, é explícita quanto ao papel do psicólogo como membro de uma equipe multidisciplinar, já que o tratamento da SM inclui controle de comportamentos de risco e de situações estressantes. O diagnóstico da SM e as mudanças requeridas frente à mesma podem se constituir em fontes de stress para o portador da doença. A Psicologia apresenta recursos técnicos já estabelecidos e efetivos para ensinar ao indivíduo a lidar com situações estressantes. Além disso, também é importante considerar que o stress pode contribuir para o desenvolvimento da síndrome, já que está associado a um estilo de vida deficitário e a mudanças neuropsicofisiológicas. Para uma atuação efetiva na prevenção e tratamento da SM, mostra-se necessário um treino de controle do stress, que se some às contribuições dos demais profissionais de outras áreas envolvidas. Tal treino, como o desenvolvido por Lipp envolve atuação em quatro pilares: alimentação, atividade física, técnicas de relaxamento, respiração profunda e orientação psicológica de base cognitivo-comportamental. Objetiva contribuir para que o indivíduo tenha um estilo de vida saudável e procura educar o paciente quanto aos fatores de risco para a doença e a importância da adesão ao tratamento. É importante que pesquisas procurem propor intervenções psicológicas de controle do stress de modo que sua efetividade no controle da doença possa ser avaliada.

*BOLSA DE PÓS-DOCTORADO - CNPq